



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

MANEJO DE LAS DISLALIAS  
EN ODONTOPEDIATRÍA

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

VIANEY GONZÁLEZ PÉREZ

DIRECTORA: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ



México

2002

TESIS CON  
FALLA LE OR.GEN



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.

## **AGRADECIMIENTOS**

**Agradezco a:**

**Mis papás Bertha y Héctor, por todo lo que hicieron por mi, para lograr todas mis metas, les agradezco su amor y dedicación.**

**Mi hermano Héctor que siempre esta a mi lado para apoyarme en los momentos difíciles, demostrándome su cariño y comprensión.**

**Mi tía Rosy, por ser la persona que siempre me dio ánimos y apoyo de seguir adelante en mis estudios y en todo.**

**Mis abuelitas Victoria + y Bertha, que las quiero mucho por ser comprensibles.**

**Mis tíos, tías, primos y primas, por su cariño.**

**Mis amigas Amalia, Claudia, Juanita, Karina y Jennifer, que con su amistad y apoyo hemos logrado muchas cosas.**

**Mis profesores , que con su conocimiento y experiencia, me llevaron siempre por el buen camino, como estudiante y persona.**

**Doy gracias a la C.D. María Elena Nieto Cruz, por su asesoría y dedicación para realizar este trabajo.**

**MANEJO DE LAS DISLALIAS**

**EN ODONTOPEDIATRÍA**

# ÍNDICE

	Página
Introducción	1
1. definición del lenguaje	3
1.1 Elementos que intervienen en el lenguaje	6
1.2 Órganos de la respiración	7
1.2.1 Pulmones	7
1.3 Órganos de la fonación	8
1.3.1 Laringe	8
1.3.2 Acción de los músculos laríngeos	9
1.3.3 Aparato resonador	10
1.4 Aparato articulador	10
1.4.1 Los dientes	11
1.4.2 El paladar	12
1.4.3 Las arcadas dentarias	12
1.4.4 La lengua	12
1.4.5 Los labios	13
2. Desarrollo del lenguaje	14
2.1 Mecanismos de desarrollo y aprendizaje	14
2.2 Etapas del lenguaje	15
3. Trastornos del lenguaje	17
3.1 Clasificación de los trastornos del lenguaje	17
4. Dislalias	21
4.1 Definición	21
4.2 Etiología	21

	Página
5. Dislalias orgánicas	23
5.1 Dislalias de origen labial	23
5.1.1 Anomalía de actitud y brevedad	23
5.1.2 Labio fisurado	25
5.1.3 Parálisis facial	28
5.2 Dislalias de origen dental	29
5.3 Dislalias de origen lingual	30
5.3.1 Frenillo corto	30
5.3.2 Torpeza sensoriomotriz de la lengua	31
5.3.3 Glosoptosis	33
5.4 Dislalias de origen en las arcadas dentarias	36
5.4.1 Apertura incisiva	36
5.4.2 Desplazamiento incisivo	36
5.5 Dislalias de origen nasal y palatal	37
5.5.1 Rinolalias abiertas	37
5.5.2 Rinolalias cerradas	38
6. Dislalias funcionales	39
6.1 Etiología	39
6.2 Lambdacismo	39
6.3 Labialismo	30
6.4 Gammacismo	40
6.5 Jotacismo	41
6.6 Deltacismo	42
6.7 Rotacismo	43
6.8 Sigmatismo	44

	<b>Página</b>
<b>7. Paralalias</b>	<b>46</b>
<b>7.1 Clasificación de paralalias</b>	<b>46</b>
<b>8. Distalia audiógena</b>	<b>47</b>
<b>Conclusiones</b>	<b>48</b>
<b>Anexo I Glosario</b>	<b>49</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>53</b>



## INTRODUCCIÓN

La odontopediatría ha tenido gran importancia en los últimos años, esto se debe a las necesidades del ser humano, para un desarrollo de forma plena, en relación a lo físico, psicológico y social del individuo.

Dentro de esta armonía es importante destacar el lenguaje hablado, ya que éste, es la forma con la cual el niño se integra socialmente, a través de él manifiesta sus ideas, sentimientos y experiencias, entre otros.

Cuando el niño está adquiriendo el lenguaje, la mayoría de los padres se preocupan únicamente de que el niño hable, no importa cómo lo hace, en ocasiones desfigura las palabras por imposibilidad funcional, en otras no es un trastorno del lenguaje, sino que las desfiguraciones del lenguaje son adquiridas del imitar a los adultos que se encuentran en su entorno.

De este modo, el niño acumula defectos en el lenguaje que pueden entorpecer sus estudios escolares y universitarios y le impedirán triunfar en muchas profesiones.

El odontopediatra es uno de los profesionales que tiene contacto con el niño desde muy temprano, debido a esto puede detectar trastornos del lenguaje en los niños, por ello es conveniente que tenga conocimientos sobre el lenguaje normal para así orientar a los padres del niño con problemas del lenguaje.

En el presente trabajo se describen los trastornos del lenguaje que no están relacionados a patologías del sistema nervioso central, destacándose las dislalias, las cuales se describen cada una de ellas desde su definición hasta su tratamiento y su relación con la odontopediatría.

Se destaca la participación del cirujano dentista en la rehabilitación de este tipo de trastornos.

## 1. DEFINICIÓN DEL LENGUAJE.

Medio de comunicación entre organismos o miembros de una misma especie; el lenguaje verbal es el sistema que emplean los humanos para comunicar a sus semejantes sus sentimientos e ideas; es la facultad que permite representar, expresar y comunicar ideas o sentimientos por medio de un conjunto ordenado de signos.<sup>1</sup>

El lenguaje implica la existencia de una función simbólica anterior a él y que se materializa a través de distintos sistemas de signos, entre otros el lenguaje verbal, signos que se definen como la unión arbitraria de un significado y de un significante.

Los signos del lenguaje contienen también aspectos emocionales, afectivo, relacionales que expresan la actitud del que habla acerca de lo que dice y pretenden influir en la actitud del interlocutor (utilizan, entre otros medios, la entonación, la selección lexical, las combinaciones sintácticas y los elementos no verbales de la comunicación).

El lenguaje, tanto en su ontogénesis como en su filogénesis, parece indisoluble de la comunicación y cumple múltiples funciones, enumeradas por muchos autores, como HALLIDAY (1975), quien distinguía:

- a) La función instrumental (satisfacción de necesidades inmediatas).
- b) La función regulatoria (control del comportamiento de los demás).
- c) La función interactiva (saludaciones y relaciones sociales).
- d) La función personal (expresión de sí mismo, opiniones y sentimientos).
- e) La función heurística (actividad de conocimiento y pregunta).

---

<sup>1</sup> Diccionario enciclopédico de educación especial, Ed. Santillana, 1995, Tomo II

- f) La función imaginativa o creativa (superación de la realidad).
- g) La función informativa (intercambio de información).

La importancia de estas funciones puede variar según la edad del sujeto y según su capacidad mental y lingüística, dándose numerosos casos, en Educación Especial, del lenguaje verbal limitado a funciones más primarias como la instrumental y la regulatoria. Esas funciones se pueden reagrupar también en tres grandes bloques:

1. La función *representativa*, ligada al desarrollo del pensamiento. Fue y es el centro de grandes debates, desde la prioridad del pensamiento defendida por J. PIAGET hasta posturas más inclinadas a dar mayor papel a la comunicación (H. Wallon, L. S. Vygotsky) o incluso el reduccionismo de J.B: WATSON. Todos están de acuerdo en que la función lingüística potencia el desarrollo de un pensamiento abstracto similar al que rige en la sociedad y que las graves insuficiencias en la comprensión del lenguaje dificultan el desarrollo lógico y cultural tal como la evalúa la sociedad normal.
2. La función *comunicativa*, considerada actualmente como base del desarrollo lingüístico, supone la integración del sujeto en su medio social. El lenguaje verbal es el sistema privilegiado por la sociedad cuyos miembros apenas desarrollan otras posibilidades.
3. En la función de *identificación*, el lenguaje se concreta a través de lenguas naturales, conjunto de elementos lingüísticos comunes a un determinado grupo social; dentro de un mismo

idioma existen variaciones ligadas al origen geográfico y social de los distintos grupos<sup>2</sup>

La realización del lenguaje depende de un sistema de reglas que especifican cómo utilizar el material verbal para significar y comunicar la realidad y cómo materializarlo en conductas concretas del habla.

Estas reglas actúan sobre los tres elementos fundamentales de la cadena comunicativa que deben tenerse en cuenta, no sólo en sí mismos, sino también atendiendo al entorno preciso en que se desarrolla el acto lingüístico.

1. Emisor
2. Código
3. Receptor

El lenguaje está bajo el control de determinadas zonas de la corteza cerebral; aunque existen matices y excepciones, se considera en general que la función lingüística se estructura en el hemisferio dominante (el izquierdo para las personas diestras) dentro de cuatro zonas principales, más otras zonas de asociación:

- A) Área de Broca, emisión del lenguaje articulado.
- B) Área de Wernicke, comprensión del lenguaje hablado.
- C) Girus supramarginales y girus angular, comprensión del lenguaje escrito.
- D) Área motriz.

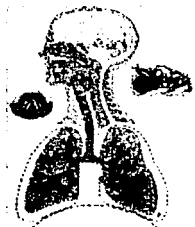
---

<sup>2</sup> Códigos socio lingüísticos de Bernstein

A nivel periférico, es fundamental la combinación del aparato auditivo que permite la recepción de los mensajes ajenos y el control de la propia emisión por el conjunto de órganos fono-articulatorios que van a permitir producir emisiones sonoras a partir del aire expirado, las vibraciones de las cuerdas vocales y las modificaciones introducidas por los demás elementos que intervienen en la articulación de lenguaje.<sup>3</sup>

## 1.1 ELEMENTOS QUE INTERVIENEN EN EL LENGUAJE

Para poder articular los fonemas, es indispensable que entren en actividad varios órganos: de la respiración, de la fonación y de la articulación. Algunos de ellos actúan en todos los casos, como por ejemplo, los pulmones, que impulsan la corriente aérea, o los órganos que intervienen con su posición en el aparato articulador, pero otros, pueden ejercer su acción en algunos casos solamente, como la laringe, cuando los fonemas son sonoros<sup>4</sup>.



Aparato fonador

---

<sup>3</sup> Diccionario Enciclopédico de Educación Especial, Ed. Santillana, España 1995, Tomo II, p. 1242.

<sup>4</sup> Corredera Sánchez, Tobias, Defectos en la dicción infantil, procedimientos para su corrección; Ed. Kapelusz; 2ª edición, Buenos Aires, febrero de 1989; p.p. 9.

Es de gran importancia conocer las características y funcionamiento normal de los diferentes elementos que participan en el habla, para así poder detectar anomalías a tiempo y poder tratarlas o canalizarlas con los especialistas correspondientes.

Para poder estudiarlos los separaremos en: los órganos de la respiración, de la fonación y de la articulación.

## **1.2 ÓRGANOS DE LA RESPIRACIÓN.**

Lo que en realidad interesa a los profesionales de la voz es la mecánica de la respiración, la función motriz que da el soplo necesario para la emisión del sonido o el vencimiento de los órganos articuladores.<sup>5</sup>

### **1.2.1 Pulmones.**

Los órganos fundamentales de la respiración son los pulmones. Tienen forma de semicono, situados en las cámaras laterales de la cavidad torácica y están separados uno del otro por el corazón y órganos del mediastino. Es de mayor tamaño el pulmón derecho que el izquierdo.<sup>6</sup>

Los movimientos que permiten la ventilación pulmonar son dos: la entrada del aire o inspiración y salida, o espiración, que se suceden de una manera regular y rítmica, siendo más breve el primero que el segundo.

Las vías normales fisiológicas del acto respiratorio, por las cuales se produce el pasaje del aire, para llegar hasta los pulmones y ser expelido luego al exterior, y obran estos a manera de fuelle, son: fosas nasales,

---

<sup>5</sup> Ibidem, p.p. 10

<sup>6</sup> Kimber, Manual de anatomía y fisiología, la prensa médica mexicana, 5ª reimpresión, 1995

faringe, laringe, tráquea, bronquios y pulmones, cuando se utiliza la corriente aérea para articular los fonemas, son: pulmones, bronquios, tráquea, laringe, parte de la faringe y la boca, circulando por las fosas nasales únicamente cuando se articulan los fonemas *m, n, ñ*.<sup>7</sup>

Todos los órganos mencionados anteriormente son importantes para el paso del aire y la formación de fonemas.

### 1.3 ÓRGANOS DE LA FONACIÓN

#### 1.3.1 Laringe

La laringe es el órgano de la fonación. Se localiza en la parte superior de la tráquea; es un órgano impar, simétrico, situado en el cuello, en su parte media y anterior, tiene la forma de una pirámide triangular truncada, cuya base esta dirigida hacia arriba, comunica con la faringe, de la que la separa de la epiglotis, y su vértice truncado, se une a la traquearteria. La conformación interna de la laringe presenta tres zonas: la de las cuerdas o ligamentos vocales, denominada también zona glótica; la superior o supraglótica, y la inferior, o infraglótica.<sup>8</sup>

La zona glótica es la fundamental, porque allí se produce el sonido laríngeo. Observada desde la parte superior, presenta cuatro repliegues: dos superiores llamadas falsas cuerdas y dos inferiores llamadas cuerdas o ligamentos vocales. Las cuerdas vocales inferiores miden entre 16 y 20 mm en la mujer y 20 a 25 mm en el hombre adulto, son más gruesos que las superiores, son elementos fundamentales de la fonación, y a los que realmente se les debe de dar el nombre de cuerdas vocales. Los ligamentos

---

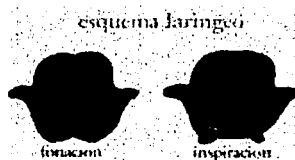
<sup>7</sup> Corredera Sánchez op.cit p. 11

<sup>8</sup> Ibidem, p. 33



superiores son elementos del todo accesorios, de importancia casi nula; "se puede, en efecto, según lo han establecido las investigaciones de Longuet, incidirlas, en laringes que se dejan en su sitio o que se atraen hacia delante del cuello, sin que la fonación sufra gravemente por esta mutilación".

Entre las cuerdas vocales y los ligamentos superiores, a derecha e izquierda existe un espacio, llamados ventrículos de Morgagni, que comunican con la glotis, y que adquieren gran importancia por su función en algunas teorías sobre la voz.



Izquierda, glotis cerrada en fonación  
Derecha, triángulo glótico abierto en inspiración

### 1.3.2 Acción de los músculos laríngeos.

La laringe posee dos clases de músculos: los extrínsecos, que la unen a las partes próximas a ella, y los intrínsecos o propios de la laringe, únicos que señalaremos, que le comunican pequeños movimientos, cuya finalidad es acercar, alejar o poner en tensión las cuerdas vocales, a efecto de producir el sonido.<sup>9</sup>

Las funciones de la laringe son dos:

1. Sirve de pasaje al aire .

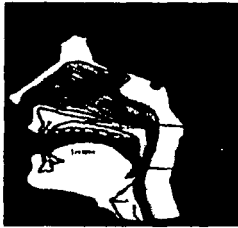
<sup>9</sup> Corredera, Sánchez; Op. Cit., p. 36.

2. Produce el sonido laríngeo que recibe el nombre de voz.

### 1.3.3 Aparato resonador.

A este aparato pertenecen los órganos modificadores y amplificadores del sonido. Este aparato se divide en dos partes, según este por debajo de la glotis laríngea o por encima de ella:

1. *Aparato infrarresonador.* Compuesto por los pulmones, los bronquios, la traquearteria y la parte inferior de la laringe (zona infraglótica). Su acción se percibe claramente durante la emisión de la voz normal, pues esta tiene resonancia pectoral.
2. *Aparato suprarresonador.* Formado por la parte superior de la laringe, la faringe, la boca, las fosas nasales y los huesos del cráneo. De la conformación de este aparato depende el timbre de la voz.<sup>10</sup>



Aparato resonador

### 1.4 APARATO ARTICULADOR.

Son los elementos que integran la boca, estos son: los dientes, el paladar, las arcadas dentarias, la lengua y los labios.<sup>11</sup>

<sup>10</sup> Ibidem, p. 52

### 1.4.1 Los dientes.

Cada pieza dentaria esta formada por tres partes: la raíz que consta de una a tres prolongaciones contenidas en el alveolo; la corona que hace saliente por encima del nivel de las encías, y el cuello que es la parte más estrecha situada entre la raíz y la corona. Cada una de las piezas dentarias está formada por dentina, que es la que modela el diente y forma la cavidad de la pulpa. La dentina está cubierta por una capa densa de esmalte en la corona y por cemento en las raíces. La cavidad de la pulpa esta llena por una masa de tejido conjuntivo que sostiene vasos sanguíneos y nervios que han entrado al conducto a través de la raíz.

Existen dos denticiones en el curso de la vida: la primera corresponde a los dientes primarios o deciduos y la segunda a los dientes permanentes.

Los dientes deciduos , son en total 20, 10 para cada arcada: 4 incisivos, 2 caninos y 4 molares.

Los dientes permanentes, son en total 32, 16 para cada arcada: incisivo central, incisivo lateral, canino, 1er premolar, 2º premolar, 1er molar, 2º molar y 3er molar.<sup>12</sup>

Los dientes son importantes para el lenguaje debido a que participan en la fonación de algunas letras.

---

<sup>11</sup> Launay, Clement; Trastornos del lenguaje, la palabra y la voz en el niño; Ed. Toray-masson S.A.; 1ª edición, Barcelona, 1975.

<sup>12</sup> Kimber, Op. Cit, p. 482-484.

### **1.4.2 El paladar.**

Esta formado por una parte dura, anterior, constituida por las apófisis del maxilar superior y del palatino, cubiertas por mucosa. Suspendido de su borde posterior se encuentra el velo del paladar, pliegue mucoso movable que tiene fibras musculares, vasos sanguíneos, nervios, tejido adenoideo y glándulas mucosas. En la parte media de su borde inferior se encuentra una prolongación cónica llamada úvula palatina.<sup>13</sup>

El velo del paladar cuando está hendido, cuando congénitamente es corto o insuficientemente movable, no cumple su función y es el responsable de trastornos fonéticos de diversos grados.<sup>14</sup>

### **1.4.3 Las arcadas dentarias.**

Para una pronunciación correcta, la integridad de las arcadas dentarias es muy necesaria, como también que ambas se articulen entre sí correctamente. En efecto, ciertas anomalías pueden, hasta cierto punto, subsistir sin causar trastornos de pronunciación para ciertos fonemas, pero no para la totalidad.<sup>15</sup>

### **1.4.4 La lengua.**

No existe órgano tan movable como la lengua, la cual entra en juego en la masticación, la deglución, la succión, la articulación de los fonemas, en la colocación de la voz, etc.

---

<sup>13</sup> Ibidem, p. 481.

<sup>14</sup> Launay, Op. Cit., p.316

<sup>15</sup> Ibidem, p. 320.

Bajo la acción de los diecisiete músculos que la forman, juega un papel importantísimo en el acto fonético. De ahí que su hipertrofia, su parálisis, la carencia de fuerza y de energía funcional, la modificación de su posición normal y su falta de movilidad en distintos grados por la acción del frenillo, interese tanto al médico como al odontólogo encargado de modificar la forma de la mandíbula, cuando de él proviene el retroceso de la lengua, así como interesa al profesor de ortofonía, por las mil diversas posiciones que este órgano adopta en el lenguaje.<sup>16</sup>

#### 1.4.5 Los labios.

Los labios son dos pliegues músculo membranosos que rodean el orificio de la boca.<sup>17</sup>

Los labios, además de las funciones vegetativas de succión, contención de la saliva, son también órganos fonéticos importantes, y como tales, intervienen en la articulación de los fonemas vocales –aunque no básicamente en algunos de ellos-, y en los fonemas consonantes p, m, f y v. Interesa, entonces, cualquier alteración que en ellos exista, ya que impedirá sus movimientos normales. Los defectos más comunes son: el labio leporino, el labio superior corto, paralizado total o parcialmente, y el labio grueso.<sup>18</sup>

Durante la palabra, los labios están separados, salvo el breve tiempo de tensión de tres fonemas llamados labiales: p, b, m (unas centésimas de segundo por fonema).<sup>19</sup>

---

<sup>16</sup> Corredera. Op. Cit, p. 61.

<sup>17</sup> Kimber. Op. Cit, p.480

<sup>18</sup> Corredera, Op. Cit, p. 52.

<sup>19</sup> Launay, Op. Cit, p. 325.

## 2. DESARROLLO DEL LENGUAJE

Es la serie de etapas a través de las cuales se adquiere el lenguaje oral. Aunque el desarrollo del lenguaje no tiene fin, ya que siempre se aprenden nuevas palabras y el idioma también se va enriqueciendo de nuevas formas expresivas, sin embargo, la etapa fundamental del desarrollo del lenguaje se suele situar entre los primeros meses de vida y la adolescencia.<sup>20</sup>

### 2.1 Mecanismos de desarrollo y aprendizaje.

1. *El inelismo*, donde el ambiente sólo juega un papel de desencadenador de estructuras ya inscritas en el organismo, dándole a éste unas características únicamente de superficie.<sup>21</sup>
2. El *constructivismo*, donde el lenguaje resulta de una acción constructiva del sujeto, fruto del desarrollo de la función simbólica y de otros aspectos cognitivos, al servicio principalmente de la representación.<sup>22</sup>
3. Las tendencias que se centran en la comunicación y dan una importancia especial al papel del entorno (L: S: Vygotsky, B: F: Skinner). En los últimos años se han replantado los problemas básicos desde un espectro más amplio del lenguaje en el espectro más amplio de la comunicación.<sup>23</sup>



<sup>20</sup> Diccionario Enciclopédico de Educación Especial, Ed. Santillana, Madrid, 1995, Tomo II, p. 1243

<sup>21</sup> N. Chomsky, D. Mc. Nelly, Slobin; *Ibidem*, p. 1244

<sup>22</sup> Escuela de Piaget, *Ibidem*, p. 1244

<sup>23</sup> L. S. Vygotsky, B. F. Skinner. *Ibidem*, p. 1244.

## 2.2 Etapas de lenguaje

El desarrollo del lenguaje presenta una cierta flexibilidad según los niños, lo que dificulta situar con precisión en el tiempo las distintas etapas de desarrollo que, sin embargo, son bastantes similares de un niño a otro y de una cultura a otra.

Aspectos formales del desarrollo del lenguaje:

- Un mes: presenta atención a los sonidos.
- Dos meses: reacciona a la voz y a la cara, produce gritos y lalaciones en relación circular.
- Tres meses: establecimiento de un circuito de comunicación no-verbal y pre-verbal entre niño y adulto
- Siete meses: balbuceo con control auditivo e imitación recíproca de sonidos; se pasa de una modalidad de repetición a una modalidad de intercambio.
- Un año: primeras palabras y expresiones comprendidas seguidas de las primeras palabras expresadas; progresivo aumento del léxico denominativo y coloquial; primera etapa del desarrollo fonológico (primeros fonemas: m, p, b, t, d, l, n y las vocales), la frase holofrástica.
- Dos años: desarrollo del léxico (hasta 300 o 400 palabras), enunciados de dos ó tres palabras, desarrollo del sintagma nominal y del sintagma verbal, progreso en el marcaje de los distintos tipos de frase, aprendizaje de juegos verbales y pequeñas canciones.
- Tres años: desarrollo del léxico (hasta 1,000 palabras), desarrollo fonológico: sonidos y sílabas complejas, aspectos y tiempos en los verbos, cuantificación y cualificación, preguntas, artículos y algunos

pronombres, adverbios y primeras preposiciones, enunciados de cuatro a cinco palabras.

- Cuatro años: desarrollo del léxico (de 1.600 a 2.000 palabras), aumentas las preguntas (¿por qué?) y los juegos de lenguaje, enunciados de seis a ocho palabras, terminación del desarrollo fonológico principal.
- Cinco-diez años: hay relativamente pocos estudios sobre el desarrollo en esa etapa; sin embargo se produce un considerable aumento de léxico disponible y, sobre todo, de la complejidad sintáctica (paso de la coordinación a la subordinación, marcas formales de las partes del discurso, comprensión de la voz pasiva).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



### 3. TRASTORNOS DEL LENGUAJE.

Las anomalías, alteraciones, perturbaciones o trastornos del lenguaje son todas las diferencias de la norma en cuanto a forma, grado, cantidad, calidad, tiempo y ritmo lingüístico que dificultan las posibilidades de expresión de las funciones de la comunicación lingüística oral y escrita y que implican una deficiencia más o menos duradera que afecta a los aspectos intelectivos, lingüísticos y de personalidad, interfiriendo en las relaciones entre los individuos que forman una comunidad y en el comportamiento escolar, social y familiar de cada uno de los individuos que lo padezcan.

Por ser la patología del lenguaje tan variada y compleja, ya que un mismo trastorno puede estudiarse desde diferentes puntos de vista, la terminología y la clasificación de las anomalías del habla varían mucho de unos autores a otros.

#### 3.1 Clasificación de los trastornos del lenguaje<sup>24</sup>

##### *A) Trastornos de origen en el sistema nervioso central*

1. Afasia receptiva o sensorial
2. Afasia expresiva o motriz
3. Afasia mixta
4. Alalia
5. Disartrias

---

<sup>24</sup> Recopilación de conceptos de diversos autores y de diagnósticos logopédicos. Diccionario enciclopédico de Educación Especial, op. cit, p. 1246

*B) Trastornos no atribuibles o disfunciones o anomalías estructurales, pero asociados a otros procesos (trastornos secundarios).*

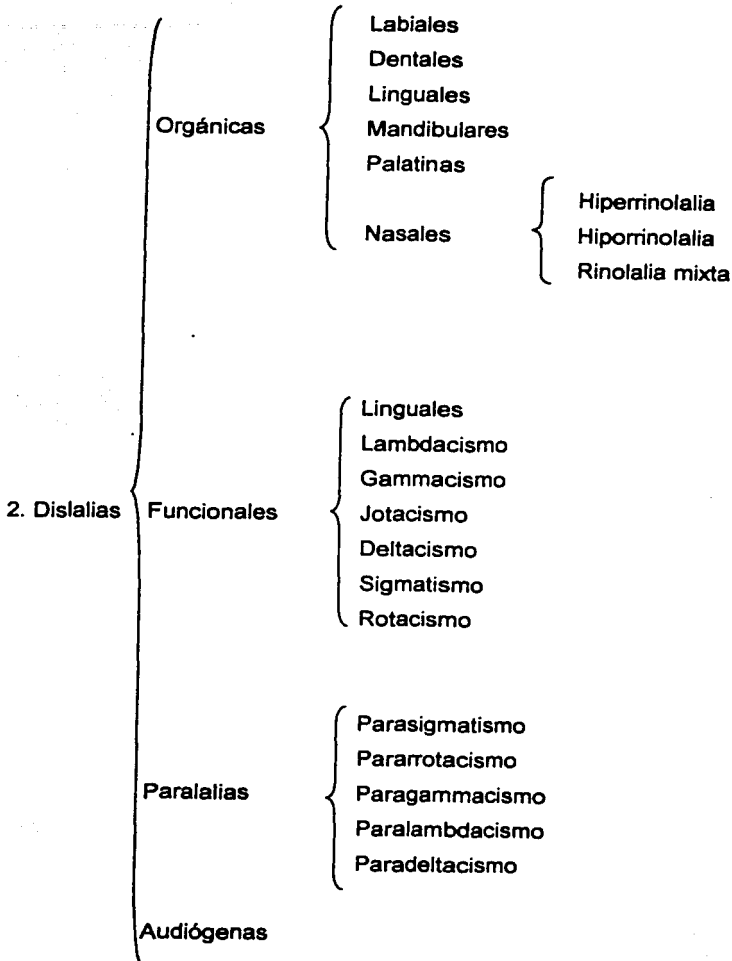
1. Con retraso mental
2. Con hipoacusia
3. Con auténtica disfasia
4. Con trastornos psiquiátricos: mutismo selectivo, autismo
5. De factores ambientales

*C) Síndrome de retraso evolutivo del lenguaje (retraso del desarrollo y evolución)*

1. Leve (retraso en la adquisición de fonemas con lenguaje normal).
2. Moderado: Disfasia expresiva de evolución. Un grado de mayor gravedad que el anterior en la adquisición de fonemas, con comprensión normal.
3. Severo. Disfasia receptiva de evolución, con afectación de la expresión y de la comprensión.
4. Profundo: Fallo grave con afectación de la comprensión y significación de los fonemas (sordera central).

*D) Trastornos funcionales del habla*

- |             |   |            |
|-------------|---|------------|
| 1. Disfemia | { | Espasmodia |
|             |   | Tartajeo   |



***F) Trastornos de la voz. fonopatías***

- a. Disfonías paréticas o hipotonías
- b. Disfonías espásticas o hipertónicas
- c. Disfonías psicógenas
- d. Fonopatías por lesión vocal

***E) Dislexia y disortografía***

## 4. DISLALIAS

### 4.1 Definición

Etimológicamente significa dificultad en el habla, del griego *dis*: dificultad y *lalein*: hablar.<sup>25</sup>

Trastorno de la articulación del habla que no obedece a patología del Sistema nervioso Central. Las tres características básicas de las dislalias son:

1. Constituyen procesos francamente superables
2. El movimiento básico voluntario puede ser realizado
3. El defecto articulatorio es razonablemente constante

Los fonemas dislálicos pueden variar con la evolución de la lengua y de un idioma a otro.<sup>26</sup>

### 4.2 Etiología

La dislalia puede ser provocada por labio leporino, por anomalías dentales, por fisuras palatinas, por lengua gruesa o inhábiles, por labios que se niegan a entrar en contacto, por velos del paladar que no se levantan para cerrar el pasaje al aire hacia las fosas nasales, ligamentos vocales que no se aproximan o insuficiencia auditiva.<sup>27</sup>

<sup>25</sup> Figueredo, E. y col.; *Logopedia I*, Ed. Pueblo y Educación, Ciudad de la Habana, 1984.

<sup>26</sup> *Diccionario Enciclopédico de Educación Especial*, Ed. Santillana, España, 1995; Tomo I, p. 677

<sup>27</sup> Corredera, op. cit; p. 76

A veces los trastornos de tipo afectivo (falta de cariño, actitudes ansiosas en los padres, ambientes familiares desestructurados, traumas infantiles) pueden incidir sobre el lenguaje del niño haciendo que quede fijado en etapas anteriores a su edad, afectando al habla, haciéndola más infantil y con frecuencia con dislalias. Otras veces la atención inadecuada que prestan los padres a los errores dislálicos contribuye a que estos se mantengan.<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup> <http://www.aidex.es/lenguaje/taller1/dislalias.html>

## 5. DISLALIAS ORGÁNICAS

Son producto de una alteración anatómica de los órganos relacionados con la articulación del lenguaje que no permite el desenvolvimiento armónico de los procesos de aprendizaje necesarios para la consolidación de los estereotipos fonemáticos.

El odontopediatra puede diagnosticar, con mayor facilidad, éste tipo de dislalias en los niños, ya que las dislalias orgánicas se pueden distinguir en : labiales, dentales, linguales, mandibulares, palatinas y nasales, según la zona articulatoria afectada.<sup>29</sup>

### 5.1 DISLALIAS DE ORIGEN LABIAL:

Los labios, normalmente, en el reposo, cierran la boca y obligan al sujeto a respirar por la nariz y a deglutir su saliva. Durante la palabra, por el contrario, los labios están separados , salvo el breve tiempo de tensión de tres fonemas llamados labiales: *p*, *b*, *m*. Las patologías de los labios que provocan dislalias son:

#### 5.1.1 Anomalia de actitud y brevedad.

La posición de reposo de los labios entreabiertos es frecuente en los niños y no es normal. Puede enmascarar un cierre real del canal bucal por la lengua, que en reposo contacta con el velo del paladar, siendo la respiración nasal. O bien esta obstrucción nasal existe, la boca está entreabierta por la existencia de vegetaciones adenoides o un meato insuficiente y el sujeto se ve obligado a respirar por la boca. Como resultado el niño, de su

---

<sup>29</sup> Segre Renato, Tratado de foniatría, "trastornos de la voz y del habla y su corrección". 1ª edición, Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina, 1955.

conformación, se ayuda en esta posición de lengua entreabierta, que cierra cuando se le obliga, pero a la que vuelve más adelante.<sup>30</sup>

**Tratamiento.** Los labios participan en la fonación activamente, en la producción de vocales, fonemas labiales y en general en la inteligibilidad global de la palabra. Su rehabilitación es la siguiente.

#### Técnicas de gimnasia labial pasiva.

La masoterapia o masaje digital o vibratorio se aplica alrededor de los labios y en el centro de las mejillas, trazando un pequeño círculo. Actuando con los dedos. Se estira o frunce los labios superior e inferior, o los dos juntos a la vez. Se puede aplicar un succionador o ventosa sobre los labios del niño, que se jala bruscamente para que se estiren sin que el niño intervenga voluntariamente.

#### Técnicas de gimnasia labial activa.

Aquí ya interviene activamente el niño, procurando el control sensorial y motriz de sus movimientos labiales, guiándose por la vista. Si los labios del niño son flácidos hay que procurar que haga ejercicios de fuerza. Si son espásticos, se procurará la práctica de movimientos cortos y rápidos. Si se observan movimientos involuntarios, se procurará el control del sostenimiento postural. A manera de ejemplos, damos algunos ejercicios que se pueden seleccionar según las necesidades fisiológicas del niño observadas y a través del análisis funcional de la articulación de fonemas labiales:

- Arrugar los labios lo más que pueda sin ayuda del terapeuta
- Estirarlos lo más posible

---

<sup>30</sup> Launay, op.cit., p. 325.



- Arrugarlos y estirarlos sucesiva y rítmicamente
- Sostener abatelenguas con los labios únicamente
- Fruncir los labios y luego llevarlos de derecha a izquierda
- Inflar los carrillos y apretar los labios, impidiendo que salga el aire por la boca. Luego dar pequeños golpecitos cortos en las mejillas para que salga el aire en forma explosiva produciendo trompetillas
- Morder el labio inferior con los dientes superiores y viceversa
- Exagerar la posición articuladora de vocales en su pronunciación aislada, en diptongos, en sílabas, palabras y frases
- Ejercicios de resistencia, como:
  - Sostener abatelenguas con los labios mientras el terapeuta trata de jalarlo y el niño opone resistencia
  - Tratar de arrugar los labios del niño mientras se le pide al niño que los estire lo más que pueda
  - El ejercicio opuesto al anterior: tratar de estirar los labios del niño mientras él trata de mantenerlos fruncidos.<sup>31</sup>

### 5.1.2 Labio fisurado

El labio fisurado consiste en la persistencia de la o las fisuras que el embrión posee durante su formación en la vida intrauterina. El labio superior se forma por tres trozos, separados por dos fisuras laterales, las que de mantenerse, nos darán los casos de labio fisurado unilateral, si es de un solo lado, o bilateral, si es de los dos; simple, si afecta únicamente a la masa muscular, o complicado, si alcanza también las partes óseas.<sup>32</sup>

---

<sup>31</sup> Nieto Herrera, Margarita; Retardo del lenguaje y sugerencias pedagógicas, Ed. Cedis, 1ª edición, México, 1988, p.90-91.

<sup>32</sup> Corredera, op.cit., p.52.

En presencia de una fisura labial, las fibras musculares del músculo orbicular no se entrecruzan sobre el maxilar, sino que siguen paralelamente el margen del labio fisurado y de esta forma su integridad queda dividida haciendo que el esfínter mutilado por la división sea incapaz para evitar la tracción de los músculos antagonistas que se insertan en la comisura bucal produciendo levantamiento y distorsión de los elementos del labio.<sup>33</sup>

Es una malformación congénita que afecta la cara del ser humano, se presenta en cualquier nivel socioeconómico, educacional, en todas las razas y causa gran repercusión psicológica al individuo. La fisura labial puede ser unilateral o bilateral (20%); cuando es unilateral, se observa más comúnmente en el lado izquierdo (70%). Aproximadamente el 85% de las fisuras bilaterales y el 70 % de las fisuras labiales unilaterales están asociadas con fisura palatina.

La malformación nos interesa porque al quedar afectada la estructura del labio, el anillo muscular que corre circularmente a la entrada de la boca y que constituye el músculo orbicular de los labios, está interrumpido. Por lo tanto los movimientos de los labios resultan difícil de realizar ocasionando problemas para la articulación de los fonemas: p, b, m, v, f, o, u.<sup>34</sup>

**Tratamiento.** Se realiza la plastía del labio como primer tiempo. La edad adecuada para efectuar el cierre labial es al mes de edad, aunque el criterio sajón es de efectuarla a los tres meses de edad con requisito de un peso de 4.5 Kg. y una hemoglobina de 10 g/dl. Nuestro criterio es que esta reconstrucción es electiva en cierta forma y de ninguna manera una emergencia, por lo que buscaremos o esperaremos el mejor estado general.

---

<sup>33</sup> Vinageras, Enrique; Tratamiento integral de los pacientes con fisura labiopalatina. Ediciones medicas del Hospital Infantil de México, 1987, p.3-6.

<sup>34</sup> Segre, Renato, op.cit.

En 1967 se propuso la regla conocida como la regla de los 10, como criterio para efectuar la cirugía labial, esta es: peso por arriba de 10 libras, hemoglobina por arriba de los 10 g/dl y edad por arriba de las 10 semanas.<sup>35</sup>

Esta malformación fetal se diagnóstica mediante la visión de una cicatriz lineal en el labio, por un frenillo doble del labio superior, hipotrofia muscular orbicular, por una insuficiencia en la fuerza y exactitud con que se pronuncian las consonantes.

Cuando la operación es efectuada muy tardíamente o se deja un labio rígido adherido al plano óseo alveolar, se hacen evidentes en el niño además de dislalia labial, otro tipo de dislalias, siendo necesario entonces realizar una corrección funcional, en general que sea favorable y a corto plazo.<sup>36</sup>

Ejercicios para labios fisurados operados:

1. Proyectar los labios unidos
2. Proyectar los labios unidos, contrayéndolos
3. Proyectar los labios unidos, hacia arriba y hacia abajo
4. Tracción de los labios hacia los incisivos
5. Con los labios entreabiertos: realizar los ejercicios 1, 2, 3 y 4
6. Con los labios totalmente separados y la boca abierta: realizar los ejercicios 1, 2, 3 y 4
7. Tracción del labio superior hacia abajo, con la ayuda del labio inferior
8. Volver el labio superior hacia arriba
9. Volver el labio superior hacia abajo

Utilizando el pulgar y el índice:

10. Separar de los incisivos el labio superior y el inferior
11. Estirarlos hacia los costados

<sup>35</sup> Vinegeras, op.cit, p. 86.

<sup>36</sup> Segre, Renato, op.cit.

12. Estirarlos hacia abajo y hacia arriba

Masaje labial, en forma circular o en sentido transversal. Para esto debe usarse talco, a fin de hacerlo suavemente, y sólo debe durar unos minutos.

13. Después de realizado el masaje, hacer que el niño avance y retroceda los labios en forma rápida

14. Pasar en forma rápida de la articulación de la **a** a la **o** y a la **u**.

Después de la **a** a la **e** y a la **i**. Deben exagerarse los movimientos

15. Hacer articular la **p**, la **m**, la **b**, la **f** y la **v**

16. Hacer vibrar los labios<sup>37</sup>

### 5.1.3 Parálisis facial

La parálisis facial unilateral de los músculos de la cara produce en el paciente una dificultad subjetiva para articular las sílabas que contienen las consonantes labiales. Suelen aparecer en individuos con lenguaje ya bien desarrollado, afectando en el primer momento, tanto el mecanismo de articulación como la claridad objetiva del habla. Este trastorno produce dificultad para todas las sílabas en que intervienen las consonantes oclusivas labiales: **p**, **m**, **b**, **v**, **f** y las vocales **o** y **u**.

**Tratamiento:** la mayoría de las parálisis faciales son de origen periférico y pueden curar ya sea espontáneamente o mediante tratamiento médico. Cuando esto no ocurre, el trastorno articulatorio suele alcanzar una efectiva y espontánea compensación funcional por acción de los músculos vecinos homo o contralaterales. Solamente en contados casos el timbre de voz

---

<sup>37</sup> Corredera, op.cit, p. 54-55

queda algo deformado y habrá que recurrir a la atención logofoniatrica, practicándose iguales técnicas que en el labio fisurado.<sup>38</sup>

## 5.2 DISLALIAS DE ORIGEN DENTAL

Se ha demostrado que las malposiciones y malformaciones dentarias intervienen a menudo en ciertos problemas del lenguaje, algunos ejemplos son los diastemas, pérdida prematura de dientes deciduos, entre otros. Su interferencia sobre el mecanismo de la palabra es mucho más evidente en la infancia. Si la normal articulación fonética se encuentra ya bien automatizada, cuando aparece la patología odontomaxilar, las alteraciones del habla serán menores o transitorias.

En el niño las condiciones anatómicas, determinan en forma refleja y secundaria una imperfecta posición o movilidad de la lengua, y es precisamente ésta la que al final empeora la articulación de la palabra y hasta puede agravar la dismorfia maxilofacial.<sup>39</sup> Las consonantes que se ven comprometidas en las dislalias de origen dental son la *t*, *d* y *n*.

Cuando existe mordida abierta anterior (incisiva), todas las consonantes anteriores pueden tener problemas de entrar en una posición interdental. Algunas no se alteran auditivamente (*t*, *d*, *n*) y otras sí (*s*, *z*, *ch* y *j*), pues el niño las articula en la misma región que si fueran todas interdentales. Cuando la mordida abierta es lateral (posterior), la lengua se desplaza de un lado a otro para obturar el espacio existente, cerrando el

---

<sup>38</sup> Segre, R.: La comunicación oral normal y patológica. Ed. Toray, Argentina S.A.C.I. Buenos Aires, 1973

<sup>39</sup> Valiente Zaldivar, C, Et.al.: Las maloclusiones dentarias y su relación con los trastornos del lenguaje (parte II). Rev Cuba Estomatología, 1987

espacio necesario para pronunciar sobre todo la **s**, **j**, **b** y **ch**, es decir, emitidas con una salida de aire unilateral desagradable al oído.<sup>40</sup>

**Tratamiento.** Lo debe llevar a cabo el ortodoncista para modificar las malposiciones dentarias, algunas veces será necesario que intervenga el cirujano maxilofacial, por ejemplo en el prognatismo; siempre será necesaria la terapia con el foniatra.

### **5.3 DISLALIAS DE ORIGEN LINGUAL**

La lengua es el órgano esencial de la articulación; sus anomalías originan muchos defectos de la articulación. Su flexibilidad, su ausencia de forma precisa, su situación en la boca y la extrema rapidez de sus movimientos le permiten las posiciones más variadas, siempre que su integridad funcional esté respetada.<sup>41</sup>

Las anomalías linguales que más afectan la articulación de la palabra son:

#### **5.3.1 Frenillo corto**

Cuando este se presenta no permite que la lengua articule correctamente la consonante **r** y la **l**, debido a que le impide que la punta de la lengua tenga contacto con la cara palatina de los incisivos superiores y con el paladar.

---

<sup>40</sup> Launay, op.cit, p. 320.

<sup>41</sup> Ibidem, p. 323.

**Tratamiento.** Esta indicada la frenilectomía, que consiste en un corte quirúrgico, con relativa sutura para evitar la retracción del tejido durante la cicatrización, este procedimiento lo debe llevar a cabo el cirujano dentista. Una vez recuperado el paciente de la cirugía es conveniente realizar terapia del lenguaje.



Frenillo lingual corto

### 5.3.2 Torpeza sensoriomotriz de la lengua

Los problemas articulatorios debidos a la torpeza sensoriomotriz de la lengua se pueden observar en la pronunciación de los fonemas *l, d, r, rr*, en palabras que lleven sílabas cerradas terminadas en *l o n*, como salto, falda, cuento, funda, en palabras que lleven sínfonos, como: bla, pla, gla, fla, cla, tla, tra, para, dra, gra, cra, bra y fra.<sup>42</sup>

---

<sup>42</sup> Nieto herrera, Margarita, op.cit, p. 88

## Tratamiento

### Técnicas de gimnasia lingual pasiva.

Se recomienda especialmente la práctica de masaje vibratorio, usando un vibrador o un cepillo eléctrico de cerdas finas de acción giratoria y vibrátil, el cual se aplica en el cuello siguiendo una línea horizontal a nivel del cartilago tiroides, por ser ahí donde se encuentran las terminaciones de un filete del nervio laríngeo superior que transmite sensibilidad a la lengua.

### Técnicas de gimnasia lingual activa

Cuando la destreza lingual es escasa, se puede motivar al niño a moverla dándole a chupar y lamer paletas de dulce; si la lengua del niño es espástica y rígida, se fomentará la práctica de movimientos linguales cortos y rápidos, tendientes a lograr la flexibilidad de este órgano. Cuando se observan movimientos involuntarios en la lengua, los movimientos que se practiquen deben ser más lentos, procurando que el niño pueda mantener inmóvil la lengua durante cierto tiempo.

Un ejercicio de gran utilidad para el control motor de la lengua , es beber líquidos mientras el niño conserva la posición de su cuerpo en decúbito ventral, levantando su cabeza hacia arriba estando apoyado en sus codos y antebrazos. El niño que es muy torpe, al tratar de realizar este ejercicio, derramará parte del líquido por las comisuras labiales. En caso de extrema torpeza lingual, será necesario repasar la mecánica y práctica de funciones motrices previas al habla: masticación, deglución y soplo.<sup>43</sup>

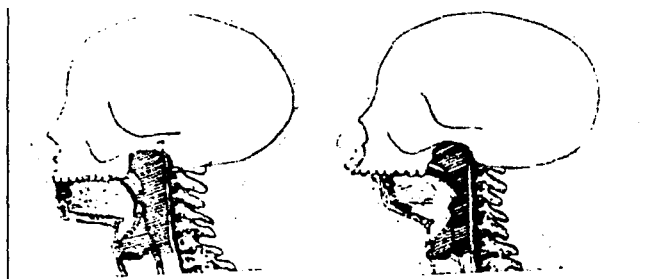
---

<sup>43</sup> Ibidem, p. 89.



### 5.3.3 Glosoptosis

Es la caída (el retroceso) del órgano lingual en la cavidad faríngea-bucal, ocupándola casi totalmente, llegando en algunos casos a dejar un pequeñísimo espacio entre su dorso posterior y la pared posterior faríngea, para el pasaje del aire; su causa es la falta del desarrollo de la mandíbula. En aquellos individuos cuyo maxilar inferior está en retroceso, defecto denominado retrognatismo, el mentón retraído obliga a la lengua a seguir el movimiento del maxilar, y su base impide la inspiración y espiración normales, por la caída de la epiglotis e hipertrofia de las amígdalas, el individuo tiende a realizar respiración bucal.<sup>44</sup>



Glosoptosis

Defectos del lenguaje: desde el punto de vista del lenguaje, observamos que la voz de los niños glosoptósicos toma una característica especial, de opacidad, faltándole fuerza y claridad, aún en la articulación de aquellos fonemas que puede hacerse correctamente, es decir, en los cuales la posición ptósica de la lengua obra de una manera muy tenue. Los fonemas vocales se modifican en su totalidad, observándose que estas

<sup>44</sup> Corredera, op.cit, p. 64.

deformaciones, en importancia decreciente, siguen este orden: *i - e - a - o - u*. En la articulación normal de los tres primeros fonemas, la punta de la lengua se coloca detrás de los incisivos inferiores, lo que le es imposible lograr al niño que padece de glosptosis, en quien la lengua se aleja de esos dientes y llena la parte posterior de la cavidad bucal y la faringe, colocada en esa forma, acorta el tubo sonoro y el sonido adquiere resonancia nasal.

Los fonemas consonantes son deformados también y así observamos numerosas dislalias, que se describen a continuación, de las más a las menos afectadas:

- Fonemas labiales: *p - b - m*. Los tres son sustituidos, son articulados en la unión del labio inferior con el borde de los incisivos superiores, cuando el defecto es más grave, con la cara interna de los mismos
- Fonemas labiodentales: *f - v*. Se articulan con bastante normalidad, aunque se ha observado la tendencia a darlos como oclusivos
- Fonema interdental: *d*. Cuando la articulación es normal, la punta de la lengua se coloca entre los incisivos, superiores e inferiores, pero en este caso se articula como alveolar, colocando la punta de la lengua en las protuberancias alveolares superiores.
- Fonemas dentales: *t - s*. La *t*, que el niño normal articula colocando la punta de la lengua detrás de los incisivos superiores, es modificado, colocándola en las protuberancias alveolares y en la *s*, cuya articulación exige la colocación de la punta de la lengua apoyada en la cara interna de los incisivos inferiores, sufre un desplazamiento en el punto de contacto, realizándose como en la *t* pero, como es fonema fricativo, debe dejar un espacio frontal, para permitir la salida del aire.
- Fonema alveolar y vibrante: *r*. En la articulación de la *r*, vibrante múltiple, la corriente aérea carece de la fuerza necesaria para desplazar el vértice lingual de su contacto con la protuberancia

alveolar, este movimiento que se repite en tiempos mínimos, no se observa en estos niños

- Fonemas velares. Se produce también dislalia de estos fonemas: en el caso de la **c** en las sílabas **ca**, **co**, **cu**, y de la **qu**, en **que**, **qui**, el desplazamiento es lento, haciendo el fonema casi fricativo.

**Tratamiento.** Es necesario llevar los maxilares a su coadaptación, lo que realizará el ortodoncista. También exige la intervención del otorrinolaringólogo, para despejar las cavidades nasofaríngeas. Sólo después de la intervención del médico y aun durante el tratamiento que realiza el odontólogo, se tratará el aspecto de reeducación ortofónica, dada por el foniatra que involucra:

1. Gimnasia respiratoria, con ejercicios que tengan la finalidad de lograr una mayor capacidad vital y poder adquirir al hábito de la respiración nasal
2. Gimnasia lingual, para hacer que este órgano adquiera toda su movilidad, indispensable para una buena articulación
3. Gimnasia labial, fundamentalmente para dar movilidad y desarrollar el labio superior
4. Ejercicios fonéticos, para mejorar el tono y la intensidad de los sonidos<sup>45</sup>

---

<sup>45</sup> Corredera, op.cit., p.61-67.

## 5.4 DISLALIAS DE ORIGEN EN LAS ARCADAS DENTARIAS

Para la pronunciación correcta, la integridad de las arcadas dentarias teóricamente es muy necesaria, como también que ambas se articulen entre sí correctamente. En efecto, ciertas anomalías pueden subsistir sin causar trastornos de pronunciación para ciertos fonemas, pero no para la totalidad. Algunas de las patologías de las arcadas dentarias que afectan la pronunciación son las siguientes:

### 5.4.1 Apertura incisiva vertical o mordida abierta anterior

Tiene como consecuencia una mala actitud de la punta de la lengua para **t**, **d**, **n**, **s** y **z**; las primeras consonantes no sufren alteración sonora, pero la **s** y **z**, ocasionan un sigmatismo interdental, que se traduce por un ruido que va aumentando a medida que se produce, que es impreciso y que se percibe auditivamente.<sup>46</sup>

**Tratamiento.** Los pacientes con mordida abierta son rehabilitados con tratamientos de ortodoncia y ortopedia, una vez corregida la patología, puede volver a la normalidad del lenguaje, en caso de que no se corrija el lenguaje se remite al paciente con el foniatra.

### 5.4.2 Desplazamiento incisivo o apertura horizontal

Corresponde a un desencaje importante de las arcadas que lleva como consecuencia un trastorno en las consonantes llamadas dentales, y las **t**, **d**, **n**, **s**, **z** se alteran de menos a más, en su pronunciación, ya que no son emitidas en posición interdental, sino en posición dorsal de la lengua. El

---

<sup>46</sup> Launay, op.cit.; p. 321

sonido va convirtiéndose en el de *y* para las *ch*, *s*, *j* y *z*; para la *n* el sonido se convierte en *ñ*, y la *t* y *d* se transforma en *k* y *g*.<sup>47</sup>

**Tratamiento.** El ortodoncista lleva a cabo la rehabilitación.

## 5.5 DISLALIAS DE ORIGEN NASAL Y PALATAL

Constituyen también una alteración de la articulación de la palabra que no está determinada por el punto de articulación propiamente dicho, sino por la disposición de las cámaras de resonancia. Estas se clasifican en :<sup>48</sup>

### 5.5.1 Rinolalias abiertas

Las malformaciones anatómicas (fisura palatina, úvula bífida) son las causa más frecuentes, que resultan de la insuficiencia de los recursos anatómicos para la elaboración de los correspondientes estereotipos fonemáticos, tal como sucede con las dislalias.<sup>49</sup>

Desde el punto de vista de fonación, provoca un defecto general en el lenguaje. La voz tiene una resonancia nasal, que afecta a todos los fonemas, excepto la *m*, *n*, y *ñ*, por ser éstos fonemas nasales. Este defecto de la voz es conocido con el nombre de "voz nasal"; Kussmaul le llamó "rinolalia abierta".<sup>50</sup>

**Tratamiento.** Intervención quirúrgica y reeducación fonética donde incluyan ejercicios para movilizar el velo palatino; ejercicios respiratorios y ejercicios de fonación.

---

<sup>47</sup> *ibidem*, p. 322

<sup>48</sup> Azcoaga, *op.cit.*; p. 144

<sup>49</sup> *ibidem*, p. 145

<sup>50</sup> Corredera, *op.cit.*; p. 56

### 5.5.2 Rinolalias cerradas

Algunos vicios de respiración o deglución originan trastornos de resonancia llamadas rinolalias cerradas que llevan a una transformación de los fonemas nasales (*m, n*) en explosivos (*mp, np*) de modo constante. Vicios de nasalización pueden ser consecuencia de problemas ambientales o factores orgánicos (obstrucción por vegetaciones adenoides de la nasofaringe).<sup>51</sup>

**Tratamiento.** Intervención quirúrgica o retirando el factor que lo provoca.

---

<sup>51</sup> Azcoaga, op.cit, p. 146

## 6. DISLALIAS FUNCIONALES

Se trata de dislalias por deformaciones y omisiones en la articulación, ciertos vicios de articulación, inscritos en síndromes neuróticos infantiles, dan lugar a este tipo de dislalia.<sup>52</sup>

En las dislalias funcionales, el defecto articulatorio no depende de una alteración anatómica de los órganos que intervienen en este proceso.

### 6.1 Etiología

Su etiología puede ser variada y Segre señala dentro de éstas los retardos en el desarrollo del lenguaje secundario a retraso mental y déficit auditivo específicamente; la disfunción puede afectar uno o más sonidos independientemente de la zona de articulación, pudiendo las consonantes ser deformadas, omitidas, sustituidas y en ocasiones aparecer de manera alternante sobre todo en los casos de retraso mental.<sup>53</sup>

### 6.2 Lambdacismo

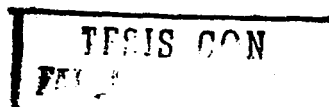
Dislalia del fonema *l*, que se convierte en *d* o *t*, si se separa total o parcialmente la punta de la lengua de los alveolos, permitiendo la salida frontal del aire, y que suena como *n*, cuando los bordes de la lengua tocan los molares, impidiendo la salida del aire.<sup>54</sup>

---

<sup>52</sup> Ibidem, p. 144

<sup>53</sup> [http://bvs.sid.cu/revistas/ord/vol14\\_2\\_99/ord06299.htm](http://bvs.sid.cu/revistas/ord/vol14_2_99/ord06299.htm)

<sup>54</sup> Diccionario enciclopédico de educación especial, op.cit., tomo II



Las características del fonema / son: alveolar, fricativo, lateral, sonoro, bucal. Para su pronunciación correcta, los elementos del aparato articulador deben estar en la siguiente posición: los labios entreabiertos, los dientes separados 5 milímetros aproximadamente, la punta de la lengua se levanta, apoyándose en la protuberancia alveolar de los incisivos superiores, el velo del paladar debe estar levantado impidiendo el pasaje del aire por las fosas nasales.<sup>55</sup>

**Tratamiento.** Terapia del lenguaje.

### **6.3 Labialismo.**

Trastorno del habla que se caracteriza por una articulación defectuosa basada en el hábito de dar carácter bilabial a todos los fonemas.

**Tratamiento.** Terapia del lenguaje

### **6.4 Gammacismo.**

Trastorno del habla caracterizado por la dificultad o imposibilidad de pronunciar correctamente el fonema **g**, aparece frecuentemente en la sintomatología del Síndrome de Down.

Las características de la letra **g** son: velar, fricativo, sonoro, bucal. Para la pronunciación de la letra **g** los labios y dientes están medianamente separados, la punta de la lengua está colocada detrás de los incisivos inferiores, apoyada en las protuberancias alveolares de los mismos, el velo del paladar está levantado, imposibilitando la salida del aire por las fosas nasales; glotis sonora, la laringe entra en acción, si se aplica la mano en la región laringea del cuello, las vibraciones se perciben con claridad.

---

<sup>55</sup> Corredera, op.cit., p. 123,124



El niño sustituye este fonema cuando:

- Apoya la punta de la lengua en la protuberancia de los incisivos superiores. Cambia la **g** por la **l**, ejemplo: dice lato por gato.
- Coloca la punta de la lengua detrás de los incisivos superiores o en el borde de ellos. Cambia el fonema **g** por **t** o **d**, dice toma, doma por goma.
- No acompaña de vibraciones laríngeas la corriente aérea espirada, saliendo ésta en forma continua **j** o en forma explosiva **c**.

**Tratamiento.** Terapia del lenguaje, que consta de ejercicios para articular correctamente el fonema **g**.<sup>56</sup>

### 6.5 Jotacismo.

Esta dislalia se caracteriza por la sustitución del fonema **j** por otro, generalmente los sonidos **k** o **i**. Este fonema es velar, fricativa, sorda y bucal.

Para articular la **j** los labios están entreabiertos, las arcadas dentales están separadas, la punta de la lengua se coloca detrás de los incisivos inferiores, pero alejada de ellos y más bajo que el nivel de sus bordes libres, las cuerdas vocales no entran en vibración, glotis muda.

El niño sustituye el fonema **j** cuando:

- Levanta la parte posterior de la lengua y la coloca contra el velo del paladar, impidiendo la salida continua del aire, en esta caso cambia la **j** por la **c**.

---

<sup>56</sup> Ibidem, p. 148

- Acompaña el fonema de vibraciones laríngeas. Cambia la **j** por **g**.<sup>57</sup>

**Tratamiento.** Terapia del lenguaje.

### 6.6 Deltacismo.

Dislalia funcional caracterizada por la dificultad o imposibilidad de pronunciar correctamente los fonemas **d** y **t**. Este fonema es interdental, fricativo, sonoro y bucal.

Para su pronunciación los labios están entreabiertos y permiten ver los dientes y la punta de la lengua, los dientes están separados, la lengua se coloca entre ambas arcadas dentales. Este sonido es mal articulado por el niño cuando:

- No lo acompaña con vibraciones laríngeas, sustituye la **d** por la **t** o **z**
- Hace presión con la punta de la lengua contra el borde de los incisivos superiores, saliendo el aire lateralmente, sustituye la **d** por la **l**
- Levanta la base de la lengua y coloca la punta detrás de los incisivos inferiores, sustituye la **d** por la **g**
- Baja el velo del paladar, permitiendo la salida de todo o parte del aire por las fosas nasales, cambia la **d** por la **n**

**Tratamiento.** Terapia del lenguaje

---

<sup>57</sup> Ibidem, p. 143

## 6.7 Rotacismo

Dislalia o trastorno de la articulación del fonema *r*. Este puede ser sustituido o deformado por ruidos de temblor, crepitantes o de frotación, o bien ser sustituidos por otro fonema. Además de las causas etiológicas de las dislalías, son ocasionados por hendiduras del paladar, hipoacusias, sordomudez o debilidad mental.<sup>58</sup>

El fonema *r* es alveolar, vibrante, simple, bucal, sonoro. Para su articulación normal los labios están entreabiertos, los incisivos inferiores se colocan detrás de los superiores, en distinto plano vertical, separados 5 milímetros aproximadamente, la punta de la lengua se apoya suavemente en la protuberancia alveolar de los incisivos superiores, el velo del paladar está levantado, el aire sale por la boca. Es un fonema que se presenta muy frecuentemente alterado, el niño lo sustituye si:

- En lugar de levantar la punta de la lengua hacia el paladar, levanta la parte posterior, apoyándola en parte en el velo del paladar, sustituye la *r* por la *g*, dice aguena por arena
- Coloca la punta de la lengua en el borde de los incisivos superiores, o apoyada en la cara interna de ellos. Sustituye el fonema por la *d* o por la *t*
- Separa de los molares los bordes de la lengua en lugar de separar la punta de ésta de la protuberancia alveolar, sustituye la *r* por la *r*<sup>59</sup>

**Tratamiento.** Terapia del lenguaje.

<sup>58</sup> Diccionario enciclopédico de educación especial, op.cit., tomo III

<sup>59</sup> Corredera, op.cit., p. 125-127.

## 6.8 Sigmatismo

Dislalia multiforme del fonema **s**, constituye uno de los defectos de articulación más frecuentes y comprende toda la serie de silbantes, su origen puede ser:

- a) oral, debido a una posición incorrecta de la lengua, cuya postura defectuosa puede tener un sentido vertical, longitudinal o transversal
- b) nasal, por defecto velar o de la fosa nasal
- c) faríngeo
- d) laríngeo<sup>60</sup>

Las causas fundamentales del sigmatismo son las malformaciones congénitas, hipoacusia, imitación, deficiencia en el desarrollo del lenguaje, entre otras.

El fonema **s** es fricativo, dental, sordo, bucal. Para su articulación correcta los labios están entreabiertos, con las comisuras algo hacia atrás y permitiendo ver los dientes, la lengua está arqueada, su punta se coloca detrás de los incisivos inferiores, apoyándose en su cara posterior, el velo el paladar se levanta, impidiendo el pasaje del aire a las fosas nasales, la glotis permanece muda. Es uno de los fonemas que más se sustituye o altera y de más fácil corrección. El niño sustituye este fonema cuando:

- Coloca la punta de la lengua entre los incisivos, sustituyendo la **s** por la **z** o **c** en las combinaciones **ce**, **ci**, defecto denominado **ceceo**
- Lleva el labio inferior contra el borde de los incisivos superiores, sustituye la **s** por la **f**

---

<sup>60</sup> Diccionario enciclopédico de educación especial, op.cit., tomo III

- Coloca la punta de la lengua apoyada en la cara interna de los incisivos superiores, cambia la **s** por la **f**
- Apoya la punta de la lengua y parte de su dorso contra el paladar, sustituye la **s** por la **ch**
- Apoya la punta de la lengua en las protuberancias de los incisivos superiores. Los bordes que no tocan los molares, permiten la salida lateral del aire, sustituye la **s** por la **l**

**Tratamiento.** Terapia de lenguaje, con el especialista.

Las dislalias funcionales pueden ser detectadas por el odontopediatra, pero su tratamiento lo debe de llevar a cabo un especialista como es el foniatra o terapeuta del lenguaje.

## 7. PARALALIAS

Trastorno de la fonación por posición inadecuada de la lengua. consiste en la articulación de un fonema en lugar de otro, pudiendo afectar a la estructura de la palabra o al significado de ésta.<sup>61</sup>

### 7.1 Clasificación de paralalias

**Parasigmatismo.** la *s* puede ser sustituida por la *t, f, k, ch*, ejemplos: copa por sopa, caja por casa, tapo por sapo, pecho por peso.

**Pararrotacismo.** La *r* puede ser sustituida por *d, k, f, b, v, l*, por ejemplo: dopa por ropa, cana por rana, goza por rosa, pelo por perro.

**Paragammacismo.** La *g* puede ser sustituida por la *t, j, p, f*, por ejemplo: tapa por capa, joche por coche, pato por gato, fama por cama.

**Paralambdacismo.** La *l* puede ser sustituida por la *r, t, p, f*, por ejemplo: auto por alto, cara por cala, oda por ola.

**Paradeltacismo.** La *t* y *d* pueden sustituirse ambas mismas o por la *r* y *l*; por ejemplo: lapa por tapa, dipo por tipo.

**Tratamiento.** Para las cinco paralalias anteriores, el tratamiento es terapia del lenguaje.

---

<sup>61</sup> Ibidem

## 8. DISLALIA AUDIÓGENA

Se le conoce como dislalia sensorial, se caracteriza por fallas en la discriminación auditiva, sin la presencia de un déficit auditivo. Los niños articulan mal los sonidos porque los perciben mal.<sup>62</sup>

Estas dislalias se presentan como deformaciones y sustituciones por vecindad en el espectro auditivo, es decir por similitud auditiva fónica, en este caso la falla reside en la pérdida auditiva que no permite la diferenciación. No hay alteraciones en la combinación silábica; en cuanto a su condición de sistematizadas o no sistematizadas, esto depende exclusivamente del perfil auditivo y del grado de severidad. Estas dislalias también resultan de alteraciones anatómicas del pabellón, del oído medio, de la trompa de Eustaquio y otras malformaciones que afectan la conducción y la agudeza auditiva.<sup>63</sup>

---

<sup>62</sup> Problemas de aprendizaje. Ediciones Euroméxico. Tomo I, impreso en Colombia, p. 53.

<sup>63</sup> Azcoaga, op.cit., p. 142.

## CONCLUSIONES

Es de gran importancia que el odontopediatra tenga conocimiento de las etapas del lenguaje que presenta el niño para así poder detectar los defectos del mismo.

Las dislalias, son trastornos del lenguaje que no tienen origen a nivel del sistema nervioso, su origen puede ser por anomalías labiales, dentales, linguales, palatinas, nasales y maxilares; el odontopediatra está en contacto con estos elementos anatómicos que están relacionados con el lenguaje hablado, por ello es conveniente que tenga conocimiento de los trastornos del lenguaje que pueden provocar las anomalías bucodentales, para poder ayudar a enfrentarlos de la mejor manera y buscar soluciones oportunas.

El odontopediatra es uno de los profesionales que puede detectar algún trastorno del lenguaje y orientar a los padres del niño, ya que el diagnóstico definitivo lo realizará un médico especializado en el lenguaje como puede ser el foniatra o terapeuta del lenguaje.

Siempre que se remita a un niño con el foniatra debe haber contacto con él, para seguir el tratamiento del niño integralmente. En otras ocasiones el foniatra solicitará ayuda del odontopediatra, ortodontista, cirujano maxilofacial, entre otros, para llevar a cabo tratamientos como son las frenilectomías y tratamientos de ortodoncia, entre otras anomalías bucodentales para que estos especialistas puedan rehabilitar al niño de manera integral.



**ANEXO****I****GLOSARIO**

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

**Afasia.** Defecto o pérdida de la capacidad de expresarse por palabras, por escrito o por signos, o de comprender el lenguaje escrito o hablado, por lesión o enfermedad de los centros cerebrales.

**Afasia expresiva.** Afasia en la cual hay trastorno de la capacidad para escribir y hablar por lesión del centro cortical. El paciente comprende las palabras escritas y habladas y sabe lo que desea decir, pero no puede emitir las palabras.

**Afasia receptiva.** Incapacidad para comprender los símbolos del habla escritos, hablados o táctiles, por enfermedad de los centros auditivos y visuales del lenguaje.

**Alalia.** Pérdida de la capacidad de hablar; retraso en la adquisición del habla.

**Alveolar.** Dícese del sonido o letra pronunciados al aplicar la lengua a los alveolos de los incisivos superiores.

**Disartría.** Articulación imperfecta del habla, por trastorno del control muscular, que resulta de daño del sistema nervioso central o periférico.

**Disfemia.** Tartamudez u otro trastorno del lenguaje hablado, debido a una psiconeurosis.

**Disfonía.** Trastorno de la voz, dificultad para hablar, la pueden experimentar quienes hablan largo tiempo.

**Dislexia.** Incapacidad para leer comprensiblemente, dependiente de lesión central.

**Espasmo fonatorio.** Contracción involuntaria súbita y violenta de los músculos tensores de las cuerdas.

**Espasticidad.** Estado de hipertonicidad o de aumento del tono muscular normal del músculo, con exaltación de los reflejos tendinosos profundos.

**Filogénesis.** Origen y evolución de las razas o especies; función.

**Fonema.** Sonido del lenguaje que constituye la unidad básica del lenguaje hablado.

**Foniatra.** Persona que se especializa en el tratamiento de los defectos del lenguaje hablado.

**Fricativo, va.** Dícese de la letra (*f, s, x, j*) cuya articulación hace salir el aire con cierto roce de la boca.

**Glotis.** Término de la nomenclatura anatómica para designar al aparato vocal de la laringe, que está constituido por las cuerdas vocales verdaderas (pliegues vocales) y la abertura entre ellas (hendidura glótica).

**Heurística.** Que alienta o fomenta a la investigación, que conduce a descubrimientos.

**Holofrástica.** Incorporante.

**Lalaciones.** Forma infantil, balbuceante, del lenguaje, que repite un sonido o una sílaba.

**Oclusivo, va.** Dícese de la consonante que se articula precediéndola una oclusión de los órganos bucales, como la *p* y la *k*.

**Ontogénesis.** Desarrollo de un organismo individual; corresponde al desarrollo y formación.

**Ortografía.** Producción directa y correcta del sonido.

**Rinolalia.** Cualidad nasal de la voz, causada por alguna enfermedad o defecto de las vías nasales; *abierta*, causada por la permeabilidad excesiva de las coanas; *cerrada*, causada por el cierre excesivo de las vías nasales.

**Sintáctica.** Relativo a la sintaxis o que afecta a la distribución adecuada de las palabras en el lenguaje.

**Sintagma.** Grupo de elementos lingüísticos que, en una oración, funciona como una unidad.

**Sonoro.** Dícese del sonido producido con vibración de las cuerdas vocales.

**Sordo.** Dícese del sonido que se produce sin vibración de las cuerdas vocales.

**Tartajeo.** Trastorno que se caracteriza por repetición de una frase o una palabra con rapidez creciente.

**Terapeuta.** Persona capacitada en el tratamiento de las enfermedades.  
Terapeuta del lenguaje, persona especialmente capacitada y calificada para ayudar a los pacientes a superar los trastornos del habla y el lenguaje.

**Velar.** Dícese de las letras que se articulan cerca del velo del paladar, como la *u* y la *k*.

## BIBLIOGRAFÍA.

Corredera Sánchez, Tobias. Defectos en la dicción infantil, procedimientos para su corrección. Editorial Kapalusz 2ª edición, buenos Aires, febrero de 1989.

Diccionario enciclopédico de educación especial. Editorial Santillana. España, 1995. tomos I, II y III.

Dorland. Diccionario enciclopédico ilustrado de medicina. Editorial Interamericana Mc Graw-Hill, 26ª edición, España, 1987.

Figueredo, E y col. Logopedia I. Editorial pueblo y educación, ciudad de la Habana, 1984.

Kimber. Manual de anatomía y fisiología. Editorial la prensa médica mexicana, 5ª reimpresión, 1995.

Launay Clément y Borel-Maisonny. Trastornos del lenguaje, la palabra y la voz en el niño. Editorial Toray-masson, 1ª edición, Barcelona, 1975.

Nieto Herrera, M. Retardo del lenguaje y sugerencias pedagógicas. Editorial Cedis, México, octubre de 1988.

Problemas de aprendizaje, soluciones paso a paso. Ediciones Euroméxico, volumen I. Colombia.

Segre, Renato. La comunicación oral normal y patológica. Editorial Toray, Buenos Aires, Argentina, 1973.

Segre, Renato. Tratado de foniatría "trastornos de la voz y del habla y su corrección". Editorial Paidós, 1ª edición, Buenos Aires, Argentina, 1955.

Valiente Zaldivar, C., Et.al. Las maloclusiones dentarias y su relación con los trastornos del lenguaje II. Rev. Cuba, 1987.

Vinageras, Enrique. Tratamiento integral de los pacientes con fisura labiopalatina. Ediciones médicas del Hospital Infantil de México, 1987.

[http://bus.sld.cu/revistas/ord/vol14\\_2\\_99/ord06299.htm](http://bus.sld.cu/revistas/ord/vol14_2_99/ord06299.htm).

<http://www.aidex.es/lenguaje/taller/dislalias.html>.