



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

TRASTORNOS DEL HABLA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON
DEGLUCIÓN ATÍPICA

T E S I N A

Que para obtener el Título de:

CIRUJANA DENTISTA

Presenta:

LAURA SEGURA MORALES

DIRECTOR: MTRA. LEONOR OCHOA GARCÍA

MÉXICO, D.F.

2005

m349354


V. B. O.
25 oct-05

A mi papá

Por ayudarme a terminar ésta carrera profesional y enseñarme la importancia de seguir adelante en todo lo que me proponga.

A mi mamá

Por estar conmigo en todo momento.

A mis hermanos Pin y Carlos
Por ser parte de mi formación profesional.

Agradezco a todas aquellas personas que me ayudaron en la realización de este trabajo.

Dra. Leonor Ochoa, gracias por el gran apoyo que me ha tenido siempre y por su confianza.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS	7
Antecedentes a nivel internacional	8
Antecedentes en México	13
2. CONCEPTOS GENERALES	15
Deglución	16
Fisiología de la deglución	17
Tipos de deglución	19
Deglución atípica	22
Etiología	23
Características clínicas	24
Desarrollo del habla	26
Desarrollo normal del lenguaje	32
3. DEGLUCIÓN ATÍPICA Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DEL HABLA	34
Papel del terapeuta del lenguaje en odontología	35
Fisiología de la palabra	36
Consecuencias de la deglución atípica	38
Dislalias	38
Mordida abierta	42
Factores de los trastornos de habla	45
Audición en el niño	45
Enfermedades de la voz	46
Examen clínico	47
Diagnóstico foniatrico	54
4. TRATAMIENTO	57
Terapéutica miofuncional	58
Tratamiento con aparatos	64
CONCLUSIONES	66
BIBLIOGRAFÍA	67

INTRODUCCIÓN

El hábito de deglución atípica tiene como consecuencia múltiples alteraciones, los trastornos en el desarrollo del habla son un problema grave, ya que los estudios realizados recientemente revelan la alta incidencia de este trastorno.

Se realizó una búsqueda que arrojó suficiente información acerca de la deglución atípica en pacientes pediátricos, su prevalencia, consecuencias en la producción del habla y su posible tratamiento.

Aunque esta información se encontraba en su mayoría dispersa, por un lado se hallaron datos sobre la deglución atípica y por otro sobre trastornos del habla, ambos por separado.

Esto nos da por resultado la falta de sistematización, difusión y conciencia para este tipo de padecimiento, se encontraron evidencias de la alta frecuencia de deglución atípica en los pacientes pediátricos con posibles problemas en la pronunciación de algunos fonemas, alterando así el desarrollo del habla.

En el tratamiento de este trastorno es importante establecer una relación entre el cirujano dentista y el terapeuta del lenguaje ya que éste se encargará de las relaciones existentes entre los comportamientos musculares de la deglución atípica y la posición postural activa de la lengua en la pronunciación de los fonemas.

En este documento se describen conceptos generales sobre la deglución, lenguaje, deglución atípica y mordida abierta para posteriormente explicar los posibles trastornos en el habla cuando un paciente pediátrico cursa con el hábito de deglución atípica y al final se menciona su tratamiento.

1

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Antecedentes a nivel internacional

La deglución atípica en los niños es un mal hábito, producto de muchos factores los cuales desencadenan un sinnúmero de alteraciones dentro de la cavidad bucal. Esta enfermedad es desencadenada por la acción muscular de la lengua.

La deglución atípica se detecta cuando los niños proyectan la lengua a la cara palatina de los dientes anteriores abriendo la mordida, espacio que luego ocupa la lengua. Esto se traduce en problemas para pronunciar las palabras y es más acentuado en niños en edad escolar.¹

Deglutir en forma anormal o atípica, deglución infantil o deglución con interposición lingual, es un tema del que se ocupan intensamente los terapeutas del lenguaje y los cirujanos dentistas de diferentes partes del mundo.²

En la década de los sesenta, los ortodoncistas, conscientes del problema y preocupados por las reaparición de la enfermedad en la rehabilitación de las malas oclusiones, solicitaron a los médicos foniatras un tratamiento para intentar disminuir las presiones de la musculatura contra las estructuras óseas.

¹ Vera, Agustín. *et al* Estudio de la relación entre la deglución atípica, mordida abierta, dicción y rendimiento escolar por sexo y edad, en niños de preescolar a sexto grado en dos colegios de Catia, Propatria, en el segundo trimestre del año 2001.

<http://www.ortodoncia.ws/32.asp>

² Segovia María Luisa. Interrelaciones entre la Odontostomatología y la Fonoaudiología La Deglución Atípica. 2ª ed. San José Buenos Aires: Editorial Panamericana, 1988. .p. 7

Entre los principales factores citados en la literatura que favorecen la permanencia de la deglución con patrones infantiles encontramos:

- Los malos hábitos orales
- Respiración bucal
- Malformaciones faciales
- Características genéticas estructurales
- Hipertrofia de amígdalas
- Factores emocionales, psicoafectivos, etc.³

Es por eso que se han realizado diversos estudios e investigaciones acerca de la prevalencia de los hábitos orales en niños como el realizado en 1998 en el que afirma que “la formación de alteraciones en el habla y lenguaje ocurren en aproximadamente 7% de los niños que tienen déficit en la audición, inteligencia o estimulación socio emocional”.⁴

Por otra parte *Ne wman* dice que los trastornos de succión y de deglución infantil son el resultado de múltiples problemas médicos que podrían agravar el estado de salud y causar complicaciones respiratorias.

5

En general los hábitos orales pueden ser extremadamente perjudiciales especialmente si son causados por traumas psicológicos o descuido de los padres.⁶

³ Zambrana Nidia *et al.* Logopedia y Ortopedia Maxilar en la Rehabilitación Orofacial Terapia precoz y preventivo Terapia miofuncional. Colombia: Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, C.A.2000.Pp.42-43

⁴ Vid. Vargha-Khadem F.

⁵ Newman Lisa A. *et al.* Swallowing Function and Medical Diagnosis in Infants Suspected of Dysphagia. *Pediatrics*. 2001; 108 No. 6 www.pediatrics.org.

⁶ Bonsjak Andrija *et al.* Incidence of oral habits in children with mixed dentition. *Journal of Oral Rehabilitation* 2002; 29:902-905

De igual forma en 5554 niños originarios de Delhi en la India cuyas edades van de 5 a 13 años se encontró que existe 25.5 % de prevalencia de hábitos orales y en 18% se presentó el hábito de interposición lingual, que fue el más común seguido de respiración bucal 6.6%.⁷

En países sudamericanos como Argentina, Brasil, Venezuela, se le ha dado mucha importancia al diagnóstico y tratamiento integral de los hábitos orales.

En Venezuela se realizó una investigación de tipo transversal con una muestra constituida por 80 niños, 45 de un Instituto Escolar y 35 del Centro de Rehabilitación de Terapia del Lenguaje.

Los resultados fueron los siguientes:

En la población total por sexo y edad se observó mayor cantidad de niñas entre 7 y 8 años y la menor cantidad en niñas entre 3 y 4 años.

La deglución atípica por sexo es más severa en los niños y más leve en niñas.

La deglución atípica por edad es más severa en edades comprendidas entre los 7 y 8 años.

⁷ Kharbanda OP. *Et al.* Oral habits in school going children of Delhi: a prevalence study. J Indian Soc Pedo Prev Dent 2003; 21: 120-124

En la relación existente entre la deglución atípica y la mordida abierta anterior, se determinó que a mayor severidad de la deglución atípica, mayor será la severidad de la mordida abierta anterior.

En la relación entre la deglución atípica y dicción, los niños que presentaron deglución atípica severa también presentaron mala dicción.

Los niños con deglución atípica, asimismo presentaron bajo rendimiento escolar.⁸

En el 2004 en Brasil *Hanson y Cohen*⁹ consideraban las modificaciones iniciales de fonación, deglución, respiración bucal y de succión de dedo como signos clínicos de futuras maloclusiones. En este país se realizó un estudio en 289 niños seleccionados de 17 unidades escolares de 3 años en adelante a los cuales se les realizaron pruebas de deglución atípica y fonación, para esta última prueba se les pidió a los niños que repitieran palabras con los fonemas /s/e/z/ observando su pronunciación. Lo que reveló la investigación es que los problemas fonéticos se dan cuando existe protrusión lingual anterior o lateralmente en el momento de la articulación de los fonemas y que las alteraciones orofaríngeas como deglución atípica y trastornos en la fonación son factores de riesgo para una mordida abierta.

⁸ Vera. op. cit.

⁹ Emmerich Aduato *et al.* The relationship between oral habits, oronasopharyngeal alterations, and malocclusion in preschool children in Vitória, Espírito Santo, Brazil. *Cad. Saúde Pública*, Río de Janeiro 2004; 20: 689-697

Es importante considerar que “las alteraciones como mordida abierta y mordida cruzada presentan desordenes funcionales en el aparato estomatognático”¹⁰

En este orden de ideas la posición de la lengua ha sido estudiada como un factor importante de maloclusiones asociadas con varias deformidades esqueléticas y dentoalveolares y es importante relevante que la estructura dentofacial se ve alterada por la función de la musculatura orofacial dada por la posición de la lengua.¹¹

En Barcelona, España en el año 2005 se realizó un estudio epidemiológico descriptivo de prevalencia en escolares valencianos, para valorar la presencia o ausencia de hábitos anómalos y de maloclusiones asociadas a éstos. El estudio fue sobre 1,100 escolares con edades comprendidas entre los 4 a 11 años de edad, excluyendo determinados síndromes como el de *Down* o el de *Turner*, ya que éstos cursan la mayoría de veces con hábitos asociados. Los hábitos que se presentaron de mayor a menor fueron: deglución atípica 22.82%, respiración bucal 12%, succión digital 9.36%. En esta investigación los hábitos aparecen de igual manera independientemente del sexo y las alteraciones como mordidas abiertas anteriores están asociadas con la presencia de hábitos orales 27%.¹²

¹⁰ Emmerich A. op. cit.

¹¹ Niikuni Naoko *et al.* The relationship between tongue-base position and craneofacial morphology in preschool children. *J Clin Pediatr Dent* 2004; 28:131-134

¹² Paredes V. *et al.* Prevalencia de los hábitos bucales y alteraciones dentarias en escolares valencianos. *An Pediatr (Barc)* 2005;62: 261-165

Antecedentes en México

Un estudio observacional, protectivo, transversal y descriptivo donde se comprobó la frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos donde se examinaron 135 niños mexicanos con dentición mixta en edades de 6 a 12 años se encontró que el hábito que se considera de alto riesgo para maloclusión es el empuje lingual.

La persistencia de hábitos bucales como deglución atípica y otros han sido asociados a fijación en la evolución de la etapa oral psicosocial según el esquema de *Freud*, que repercutirá a mediano plazo en un cambio problemático de procesos psicofisiológicos de la oralidad, los cuales dependiendo de la intensidad, duración y frecuencia, alterarán o dejarán indemnes las estructuras estomatognáticas.

Por lo tanto, la prevención y tratamiento de los malos hábitos bucales tendrá que ser ubicado socialmente como un problema de conducta que afecta la cavidad bucal y tendrá que ser abordado multidisciplinariamente, considerando que este problema es influido por factores familiares, sociales y ambientales.¹³

¹³ Montiel María Elena. Frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población de niños mexicanos de 6 a 12 años de edad. Revista ADM 2004; LXI: 209-214

En 1999 en el estado de Puebla, en una muestra de trabajo de 82 niños, de edades entre 0 y 3 años se observó un 82% con incapacidad para realizar el cierre de labios y mandíbula y el 62% presentaba deglución atípica.¹⁴

Estadísticas parecidas se encontraron en un estudio realizado en la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala UNAM donde se encontró 78% de niños con una posición de lengua interdental, 70% presentaban deglución visceral, 28% mordida abierta y asociada la deglución atípica con una clase III de Angle se encontraron 74% de niños. Se observó que los niños con maloclusiones y con problemas foniatrícos tienen la lengua entre los incisivos y la proyectan por delante de los incisivos inferiores en el momento de la deglución.¹⁵

¹⁴ Cordero Luz María *et al.* Detección y descripción de los Problemas de Deglución observados en un grupo de pacientes que asistieron al C.R.E.E. de Puebla de marzo de 1998 a marzo de 1999. <http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/deglucion-deteccion-descripcion-problemas-pueblashtml>

¹⁵ Aguilar Sheyla *et al.* Frecuencia de la deglución atípica en niños de 5 a 14 años en pacientes que acuden a Ortodoncia Maxilar en FES Iztacala. <http://odontologia.iztacala.unam.mx/memorias15col/contenido/oral/frecuenciadeladeglucionatipica58.htm>

2

CONCEPTOS GENERALES

En este apartado se describirán algunos conceptos generales con los cuales será posible entender los diferentes procesos de la deglución y también se explican conceptos sobre el lenguaje.

DEGLUCIÓN

La lengua juega un papel muy importante en el establecimiento de la oclusión dentaria, que viene determinada por el equilibrio entre: lengua, dientes y labios. La posición defectuosa de la lengua trae consigo desequilibrio dentario y como consecuencia maloclusión. La deglución es una función biológica coordinada, en la cual las sustancias pasan de la cavidad oral por la faringe para llegar al esófago. ¹⁶

Normalmente un individuo deglute 2,400 veces en un periodo de 24 horas, ejerciendo una fuerza en las superficies palatinas de 6-9 gr. por periodos de 2 segundos. ¹⁷

Existen evidencias de que la frecuencia del movimiento en el número de degluciones es mayor en niños que adultos.

La lengua es el órgano sensorial por excelencia, elemento esencial en las funciones de masticación, fonación y deglución. ¹⁸ La lengua se forma en el suelo de la faringe a partir de la porción ventral de los arcos branquiales.

¹⁶ Vera op cit.

¹⁷ Escobar Fernando. Odontología Pediátrica.2ª. ed. Colombia:Editorial AMOLCA, 2004 p. 456

¹⁸ Vera op. cit.

Además posee una potente musculatura, su especial esqueleto y sus 17 músculos todos pares a excepción del transverso, le confieren una movilidad extrema para el cumplimiento de sus funciones.

FISIOLOGÍA DE LA DEGLUCIÓN

El reflejo de deglución consta de tres fases: fase oral, fase faríngea y fase esofágica.

Fase oral

Se extiende desde la introducción del alimento en la boca o la formación de saliva, hasta su paso hacia la faringe. Esta fase es refleja, consciente o inconsciente (puede ser provocada y controlada).

En la acción normal de deglutir alimento sólido los labios forman un sello, la lengua se contiene dentro de los arcos dentales y los dientes entran en oclusión. Se producen variaciones en este papel general. Por ejemplo, si el individuo no tiene una postura en reposo en que sus labios se junten, entonces se requerirá de contracción muscular perioral para formar un sello en los labios. Si los incisivos superiores son prominentes el individuo puede colocar la mandíbula hacia abajo y hacia delante para facilitar la formación de un sello; como parte de esta actividad de adaptación la lengua puede extenderse entre los incisivos para hacer contacto con los labios. Si el individuo tiene el mal hábito de protrusión lingual, forzará su lengua entre los incisivos para hacer contacto con los labios.¹⁹

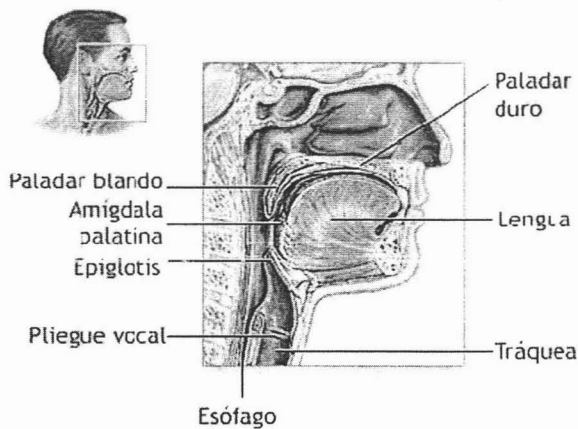
¹⁹Jenkis G. Fisiología y Bioquímica Bucal. México: Editorial Limusa, 1983. p. 556

Fase faríngea

Es involuntaria, consciente o inconsciente. En esta fase se asocian las contracciones de los músculos suprahióideos, faríngeos, laríngeos y linguales, la respiración se bloquea y se cierra el orificio laríngeo. Este periodo finaliza con el paso del alimento hacia el esófago.

Fase esofágica

Esta fase es inconsciente e involuntaria. Comprende el paso del alimento desde el esófago al estómago.²⁰



Esquema Bucal

www.medicinapreventiva.com.ve/.../anatomVas.htm

²⁰ Zambrana op. cit. p. 24

TIPOS DE DEGLUCIÓN

Todos los niños recién nacidos tienen una deglución característica asociada a reflejo de succión y amamantamiento, con un claro valor de supervivencia. El feto tiene movimientos de succión y deglución desde las semanas 13 ó 16 de gestación.²¹

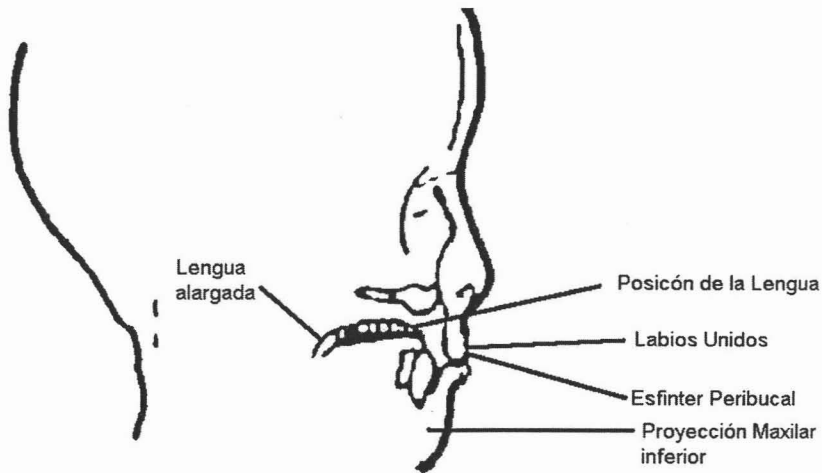
Los recién nacidos ejercen funciones vitales como succión, deglución y respiración que son actos de reflejos no condicionados. Muchas funciones que se aprenden durante los primeros años de vida (masticación, fonación, imitación) constituyen actos reflejos condicionados que se desarrollan a partir de los reflejos no condicionados.²²

La deglución infantil o visceral. Se caracteriza por un adelantamiento mandibular vigoroso y marcada contracción de la musculatura labial. Para deglutir, el lactante debe crear un cierre anterior que ayude a conducir el alimento hacia el interior de la cavidad bucal.

Para conseguir esto la lengua es protruida entre los rodetes, creando un canal entre la punta y el dorso, ubicándose baja en la cavidad bucal, separada del paladar.

²¹ Pinkham J. Odontología Pediátrica. 2ª. ed. México: Editorial Interamericana Mc Graw- Hill, 2001.p. 211

²² Graber T. Ortopedia Dentofacial con Aparatos Funcionales. 2ª. ed. España: Editorial Harcourt, 2001. Pp. 140-141



Deglución infantil

Fuente: Vera, Agustín

La deglución infantil desaparece aproximadamente a los 18 meses de edad ya que es el momento en el que hacen erupción los incisivos, los caninos y los primeros molares temporales.²³

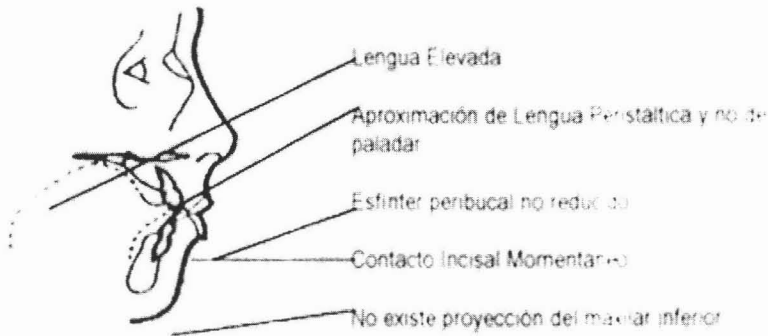
Las principales características de la deglución infantil son:

- Maxilares separados y lengua posicionada en los rebordes de la encía.
- Estabilización mandibular por la contracción de los músculos faciales y la interposición lingual.
- La deglución se inicia y se guía por el intercambio sensitivo entre labios y lengua.²⁴

²³ Escobar op. cit. pp. 455-456

²⁴ Zambrana op. cit. p. 19

En contraste, la deglución adulta o madura presenta la punta de la lengua ubicada en las caras palatinas de los incisivos, mientras que ésta se arquea de adelante-atrás en contacto con la bóveda palatina. Los arcos dentarios están por lo general en oclusión, de esta manera, la deglución madura no muestra protrusión mandibular, ni la punta de la lengua entre los dientes, ni contracción de los labios.²⁵



Deglución Adulta o Madura
Vera, Agustín

Entonces podemos resumir que la deglución infantil surge cuando el lactante tiene su primer reflejo de succión y amamantamiento y este tipo de deglución tiene que desaparecer gradualmente aproximadamente a los 18 meses de edad cuando erupcionan los incisivos, los caninos y los primeros molares temporales.

²⁵ Escobar op. cit. p. 456

En esta etapa es también cuando se cambia la dieta del lactante de puros líquidos a líquidos y alimentos sólidos. Con la erupción de los incisivos superiores temporales la lengua se encuadra detrás de estos y apoyada en el paladar duro.

Por lo que se podría decir que la deglución infantil se relaciona con la succión, mientras que la deglución adulta lo hace con la masticación. ²⁶

DEGLUCIÓN ATÍPICA

Entre las alteraciones más frecuentes de la fase oral figura la *deglución atípica*, cuya definición es: presión atípica de la lengua o interposición lingual, anterior y/o lateral, durante la deglución.

La deglución atípica suele estar asociada a trastornos esqueléticos o funcionales. En general los pacientes que requieren tratamiento para su corrección presentan alteraciones en la mordida y/o en la articulación del habla.

Denominamos deglución atípica solamente a los casos en que la interferencia en el proceso de deglución de la fase oral ocurre debido a un mal posicionamiento lingual, con sus consecuencias sobre los demás órganos fonoarticulatorios. ²⁷

²⁶ Barbería E. Odontopediatría. 2a.ed. España Editorial Masson, 2002,p. 371

²⁷ Zambrana op cit. p.24

También se reconoce como empuje lingual, en el cual la lengua juega un papel primordial tanto para la oclusión como para la correcta pronunciación de las letras, por tanto su tamaño, su posición en reposo y función son muy importantes.²⁸

Si la lengua en posición de reposo adopta la postura baja y adelantada, la tendencia durante la deglución será de proyección anterior, contra las arcadas dentarias. Si la deglución de saliva sigue estos patrones, ocurrirá lo mismo con la deglución de alimentos líquidos, sólidos y blandos.

Al describir los tipos de deglución, ya indicamos que la deglución infantil tiene características similares a la deglución atípica. De ahí se deduce que el origen de esta alteración es la falta de maduración de la función de deglución.

ETIOLOGÍA

Entre los principales factores citados en la literatura que favorecen la permanencia de la deglución con patrones infantiles encontramos:

- Malos hábitos orales
- Respiración bucal
- Malformaciones faciales
- Características genéticas estructurales
- Hipertrofia de amígdalas
- Factores emocionales, psicoafectivos, etc.

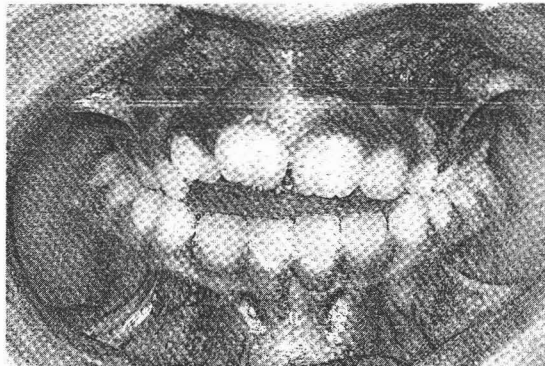
²⁸ Vera op cit.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Una vez detectadas las causas y/o los malos hábitos que originaron los trastornos de la deglución, debemos conocer las características de los deglutidores atípicos para identificar el problema.²⁹

En el momento de la *deglución*:

- Interposición lingual anterior o lateral.
- Contracción de la musculatura perioral.
- Soplo en lugar de succión.
- Movimientos asociados de la cabeza.
- Ausencia de contracción de los músculos maseteros.
- Imposibilidad de deglutir con los labios entreabiertos.
- Aumento de salivación y acumulación de saliva en los cantos de la boca.
- Dificultad para deglutir con los labios separados.



Deglución atípica con interposición lingual
Fuente: Barbería

²⁹ Zambrana op. cit. p 43-48

En cuanto a la articulación del habla:

- Sigmatismo anterior o lateral.
- Acúmulo de saliva en los labios.
- Escupen al hablar.
- Alteraciones en cuanto al punto de articulación de algunos fonemas, siendo los más afectados l, n, t, d, s, z.
- Ronquidos y babeos nocturnos.
- Formación frecuente de cálculo dental.
- Inflamación de la encía.

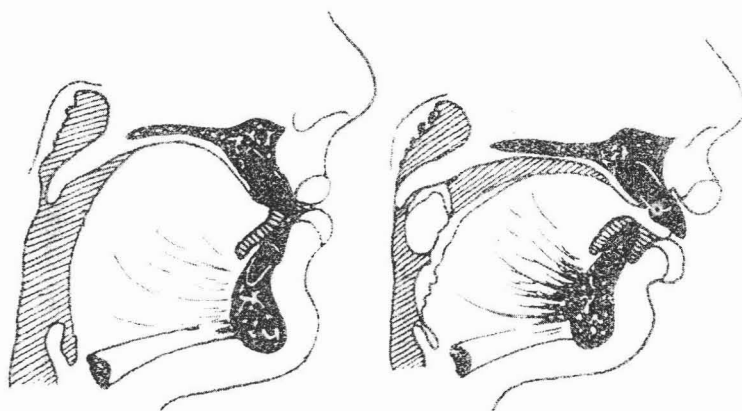
Desde hace más de tres lustros, en las revistas especializadas – odontológicas, foniátricas, otorrinolaringológicas- aparecen con alguna frecuencia trabajos referentes a la deglución atípica, deglución invertida, incompetencia heredada, deglución infantil, deglución con interposición lingual simple o compleja, deglución transitoria, etc. Muchos de ellos se han referido a las tres M: músculos, malformaciones maxilares y maloclusiones dentarias.

En ortodoncia se afirma que los dientes emergen de sus maxilares en medio de un mar muscular, representado externamente por los músculos peribucales e interiormente por la fuerza de la musculatura lingual. Es de suponer que si las acciones linguales son contrabalanceadas por la musculatura perioral y no intervienen otros patrones morfogenéticos (herencia, etc.), los dientes llegarán a tener una buena oclusión dentaria.³⁰

Pero en la deglución atípica ese equilibrio se rompe, la lengua no es contenida por las arcadas dentarias sino que se interpone entre ellas para ponerse en contacto con los tejidos blandos.

³⁰ Segovia. op cit. p. 65

Los desequilibrios musculares por interposición lingual traerán otros desequilibrios concomitantes, cuyas repercusiones se harán sentir en la producción de anomalías dentarias y foniátricas. Si bien no podría aceptarse este hábito como factor causal, lo que no puede dejar de considerarse es que sea un factor desencadenante.³¹



Hábitos de deglución normal y anormal.

Fuente: Segovia

DESARROLLO DEL HABLA

La capacidad de comunicarse de un modo eficaz es crucial para la vida en sociedad de una persona. La adquisición del habla y el lenguaje es un proceso de desarrollo que abarca muy especialmente los primeros años de vida, pero que continúa a lo largo de toda la vida del individuo.

³¹ Ib. p. 65

Los problemas pueden surgir en cualquier momento del proceso de adquisición.

Los niños pueden tener dificultades para adquirir los sonidos del lenguaje, para aprender a combinar las palabras con sentido o para comprender las preguntas y las instrucciones de otras personas. En todos estos casos, el terapeuta del lenguaje es el principal responsable de la identificación y tratamiento de las personas que tienen problemas para comunicarse.

Los odontólogos infantiles deberían de conocer los síntomas y problemas relacionados con las dificultades de comunicación, para poder remitir al niño al terapeuta del lenguaje.³²

Prácticamente para todas formas de interacción entre los seres humanos es necesario el desarrollo del habla y el lenguaje. Cuando hay alguna alteración en la capacidad de comunicación, el desarrollo del humano sufre. Es por eso que el médico debe conocer el desarrollo del habla y el lenguaje; los factores que pueden alterar su progresión normal y alterada, además de concientizarse del hecho de que existen ciertos servicios para su tratamiento.

Lenguaje

El lenguaje constituye un sistema de símbolos utilizados para comprenderse y para expresar ideas y sentimientos. Los tributos del lenguaje no sólo incluyen al vocabulario y la gramática, sino también la capacidad para recordar, clasificar, ordenar y abstraer.

³² Cameron A. Manual de Odontología Pediátrica. Madrid: Editorial Harcourt, 1998. p. 307

Por otro lado, el habla es una manera de expresar el lenguaje. Puede ser escrita, mediante gestos y señales. Algunos atributos del habla son: tono, intensidad y calidad de la voz; vocales, consonantes, diptongos y unión de éstos hasta formar sílabas, palabras y frases; velocidad, entonación y ritmo.³³

Articulación

Consiste en la producción de sonidos hablados mediante la modificación del flujo respiratorio con las diferentes válvulas de las vías vocales: labios, lengua, dientes y paladar. Los problemas pueden ir desde una distorsión muy leve de los sonidos, como el ceceo (todavía se puede entender bien al niño, hasta un problema más serio donde el niño apenas intenta hablar).³⁴

Fonemas

Fonema no es más que: "la manera como se le denomina en fonética a todas las letras, ya sean sonoras o no. Estas letras pueden ser vibrantes, sordas, sonoras, etc. Y por sonidos que van acompañadas de vibraciones laríngeas como la *a*, *l*, *d*, son sonidos, en cambio la *p* y la *t* son ruidos"³⁵

³³ Boies R. Otorrinolaringología de Boies Enfermedades oído, vías nasales y laringe. 6ª. ed. Editorial Interamericana Mc Graw- Hill, 1992, p. 438

³⁴ Cameron op. cit. p. 308

³⁵ Vera. op. cit.

Perelló plantea que las deformidades dentales influyen en la correcta articulación de los fonemas y varios autores han realizado estudios de la etiología de las maloclusiones y la atribuyen a movimientos defectuosos de deglución y del habla.³⁶

Voz

La voz se produce por la vibración de las cuerdas vocales de la laringe. Los cambios en el flujo de aire y en la forma de las cuerdas vocales modifican la intensidad, el tono y la calidad de la voz. Una vez que se produce la voz, la garganta y las cavidades oral y nasal modifican su tono (resonancia) y su calidad. Un niño con un problema de voz puede tener:

Calidad de voz anormal. Voz áspera, jadeante o ronca sin que exista ninguna infección respiratoria.

Resonancia o tono anormales. Hipernasal (una excesiva resonancia nasal). Hiponasal (falta de resonancia nasal, generada por algún tipo de obstrucción nasofaríngea).

Nivel de intensidad inadecuado. La voz es demasiado débil y no se oye, o tan fuerte que impide concentrarse en el mensaje del locutor.

Problemas de tono. Tono demasiado alto o bajo para la edad o el sexo del niño. Los problemas de voz se pueden deber a:

³⁶ Mora C, López R. Aparatología Ortodóncica y Trastornos del Lenguaje. Rev Cubana Ortod 2001; 16 (1): 38-46

-
- Abuso o uso incorrecto de las cuerdas vocales.
 - Problemas neurológicos.
 - Pólipos en las cuerdas vocales.
 - Patología muscular
 - Parálisis de cuerdas vocales.
 - Anomalías físicas como paladar hendido y sordera.

Fluidez

La fluidez consiste en la facilidad de flujo del habla. Cuando en dicho flujo existen interrupciones se produce el tartamudeo.³⁷

Mecanismo de la fonación

Denominamos aparato fonador al conjunto de órganos con una actividad independiente propia – el cuerpo humano no dispone de un aparato exclusivo para la producción de sonidos-, que han sido adaptados por el hombre para cumplir con esta función lingüística de comunicación. Para la fonación se necesita: una circulación de aire ascendente, que proporciona el aparato respiratorio; una vibración u ondulación, que proporcionan las cavidades nasofaringobucales, y una articulación, que proporcionan los órganos móviles (paladar blando, lengua y maxilar inferior).

³⁷ Cameron. op. cit. p. 310

Laringe

La laringe es un órgano impar simétrico, en forma de cono vacío tapizado interiormente por una mucosa y ubicado en la parte media y anterior del cuello. Está compuesta esencialmente por cartílagos unidos entre sí por ligamentos y músculos que le facilitan la movilidad.

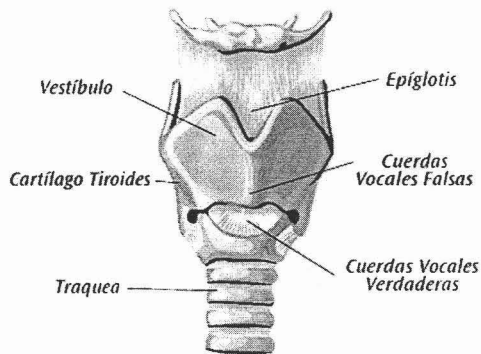
Uno de los músculos internos forma un pliegue horizontal que sobresale en ambos lados; éste es el repliegue vocal (cuerda vocal). El espacio que queda entre un repliegue y otro se llama glotis.

La libre movilidad de la laringe es básica para la fonación: sube o baja según los fonemas que se articulan y también sube o baja en función de la frecuencia en el que se está emitiendo un sonido, así como el acto respiratorio.

La laringe se continúa por la parte inferior con la tráquea y por la parte superior con las cavidades de la resonancia (faringe, fosas nasales y boca).

La función más evolucionada de la laringe es la fonación y consiste en la unión de ambos repliegues vocales.³⁸

³⁸ Tulon C. La Voz: técnica para la rehabilitación de la voz en las disfonías funcionales. Barcelona. 2000. Pp.21-24



Laringe

www.alergias.com.pe/infoanato.htm

DESARROLLO NORMAL DEL LENGUAJE

Existe cierta habilidad y conocimientos que se aprenden durante la infancia y que son necesarios para el desarrollo del lenguaje y la comunicación.

Estas habilidades primarias se localizan en las áreas de conocimiento e interacción social.³⁹

Es esencial que los cirujanos dentistas que en contacto con pacientes pediátricos tengan los suficientes conocimientos acerca del desarrollo normal del lenguaje en un niño, para así poder diferenciar alguna alteración y dar un diagnóstico y tratamiento adecuado.

³⁹ Boies Op. Cit. pp. 439-450

Boies realizó una clasificación en el año de 1992, donde demuestra los tipos de lenguaje expresivo y receptivo en diferentes edades en pacientes pediátricos. Por medio de estos parámetros nos podemos dar cuenta si el paciente tiene algún trastorno en el lenguaje.

Desarrollo del lenguaje receptivo y expresivo

EDAD	LENGUAJE RECEPTIVO	LENGUAJE EXPRESIVO
Cero a 6 meses	Se asusta y volteo hacia los sonidos, comprende el tono de voz.	Balbuces por placer, llanto diferencial.
6 a 12 meses	Comprende gestos, algunas palabras y frases.	Utiliza vocalización con inflexión, puede desarrollar la primera palabra.
12 a 18 meses	Comprende oraciones cortas y sencillas, señala algunas partes de su cuerpo, puede identificar una fotografía familiar.	Utiliza palabras únicas, usando una palabra que significa varias cosas, sigue balbuceando (sílabas con entonación).
18 a 24 meses	Comprende algunas preposiciones y pronombres personales, escucha y comprende historias cortas.	Utiliza combinación de 2 y 3 palabras, expresa negación mediante "no".
2 a 3 años	Puede seguir direcciones de tres partes, comprende la mayor parte de las oraciones de los adultos, comprende conceptos como "uno" y "muchos".	Oraciones de 3 y 4 palabras, utiliza algunos pronombre y preposiciones, el 50% es inteligible.
3 a 4 años	Puede identificar objetos cuando se le pide.	La mayor parte es inteligible, oraciones de 4 a 6 palabras. Con distintos tipos de oraciones (interrogativa, imperativa, negativa).
4 a 5 años	Con excepción de ciertas limitaciones en su vocabulario, capta la mayor parte de la comunicación entre los adultos.	Se ha completado 90% del aprendizaje para hablar, se expresa casi como adulto.

3

**DEGLUCIÓN ATÍPICA Y SU
RELACIÓN CON EL DESARROLLO
DEL HABLA**

Actualmente, todos los cultores de la ciencia van hacia la especialización. En todos los ámbitos se escucha la necesidad de especialistas, lo que crea la obligación del intercambio entre distintas profesiones y la necesidad de trabajar en equipo.

PAPEL DEL TERAPEUTA DEL LENGUAJE EN ODONTOLOGÍA

Cada especialista enfrenta así el problema con conocimiento de las últimas novedades y puede incorporarlas a su metodología, única manera de brindar a sus pacientes un mejor servicio y atención. Debe conocer además las posibilidades y limitaciones de otros miembros y trabajar con espíritu de equipo.⁴⁰

La interrelación entre los profesionales debe ser clara, precisa y amplia para evitar equivocaciones, errores o retrocesos. Trabajar en equipo es enfrentar un problema común a varias especialidades, el que es enfocado desde diferentes ángulos para un único beneficiario: el enfermo.⁴¹

El cirujano dentista debe ser capaz de dar un diagnóstico, pero debe estar conciente de que en algunas enfermedades o trastornos necesitará de la ayuda de otros especialistas.

⁴⁰ Segovia op. cit. p. 7

⁴¹ Ib. p. 8

En el caso del tratamiento de la deglución atípica cuando por causa de ésta el paciente tiene problemas en la producción del habla correcta, se requerirá de un terapeuta del lenguaje para ayudar a que el paciente vuelva a tener la postura correcta de los diferentes músculos y por lo tanto las funciones de éstos músculos estarán correctas

Con frecuencia, en la literatura foniátrica u odontológica se publican investigaciones de las relaciones existentes entre los comportamientos musculares de la llamada deglución atípica y la posición postural activa de la lengua en la pronunciación de la *t, d, n, s*.⁴²

Neter y Bouvet han observado que los movimientos de la lengua durante el habla son idénticos a los que se realiza durante la deglución.

En lo fundamental, los factores que figuran en la base de la estrecha interrelación entre el terapeuta del lenguaje y el cirujano dentista son dos:

- a) Uno es de carácter anatómico, por ser a la vez la boca el órgano de la masticación y de la fonación.
- b) El otro es funcional, puesto que reposa sobre la correspondencia siempre existente entre la función y adaptación.⁴³

FISIOLOGÍA DE LA PALABRA

Para poder emplear los medios terapéuticos capaces de intervenir útilmente en la corrección de las anomalías dentarias y de la emisión de la voz.

⁴² Ib. p.11

⁴³ Ib. pp. 11-12

Se hace imprescindible conocer la fisiología de la palabra, sólo conociendo la naturaleza del lenguaje oral podemos entrar en el dominio de su estructura y del estado de las condiciones orgánicas.⁴⁴

En el acto normal de la conversación, el sonido se pronuncia tanto por la actividad de los diferentes órganos como por la maravillosa coordinación sinérgica que desencadena reflejos de movimientos musculares de labios, carrillos, lengua, velo y toda la musculatura de la faringe. En resumen es un acto dinámico, del que participan numerosos órganos para el logro de la función que producen consonantes y vocales.

Al deglutir, la laringe debe impedir la penetración de alimentos por la tráquea, es decir que ella se opone a que el alimento siga otra vía que no sea la digestiva. Posteriormente, desarrollará su participación en la pronunciación de la palabra, actuando como órgano generador del sonido.

La musculatura de la cavidad bucal, en su intención primera, toma los alimentos, los succiona y después los mastica. Para ello el individuo está provisto de una mandíbula móvil, de una musculatura evolucionada y de un maxilar dentado. Sólo después de su evolución, maduración y aprendizaje participará en la producción de los sonidos y vocablos articulados.

La multiplicidad funcional de tantos órganos, que tienen un destino filogenético común, explica la posibilidad de numerosos y variados trastornos en la producción de la palabra.⁴⁵

⁴⁴ Ib. p. 12

⁴⁵ Ib. p. 13

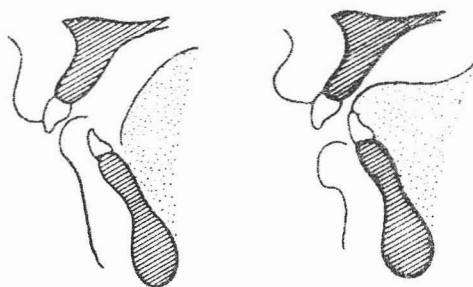
CONSECUENCIAS DE LA DEGLUCIÓN ATÍPICA

DISLALIAS

En el material sonoro del lenguaje, las *vocales* son producidas por las vibraciones laríngeas y las *consonantes* por las cavidades supraglóticas.⁴⁶

El efecto resonador en las vocales esta dado exclusivamente por la faringe y por la boca. Los diferentes fonemas se originan según las distintas posiciones de los labios, lengua y el velo del paladar. Cuando la lengua está plana, vecina a la posición de reposo, se pronuncia la *a*. La lengua avanza para pronunciar la *e* y la *i*. Inversamente retrocede para pronunciar la *o* y la *u*.

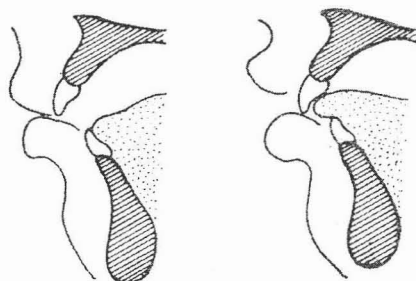
En la emisión de las *consonantes* se requiere la detención o estrechamiento de la corriente aérea, dada por la lengua, labios o velos del paladar en su canal de salida.



Patrón de la adaptación lingual con palabra normal

Fuente: Segovia

⁴⁶ Ib. p. 15



Problemas foniatricos e inadaptación de la función lingual

Fuente: Segovia

La parte foniatrica más relacionada con la odontología está representada por los trastornos que alteran los órganos periféricos del lenguaje en la pronunciación, lo que recibe el nombre de *dislalias*.

El tipo de dislalia que se relaciona con la deglución atípica son las dislalias linguales:

Dislalia de la s

La pronunciación defectuosa de la *s* puede estar determinada por una *lesión* de orden orgánico, a la que puede asociarse otras causas, a esta alteración se le denomina *sigmatismo*.

Se debe buscar el origen del *sigmatismo* en una disfunción mecánica asociada a un trastorno psíquico.

Una anomalía de las arcadas dentarias o simplemente una mal posición dentaria aislada pueden ser muy importantes en este trastorno, pero son más predisponentes que determinantes. Para algunos autores, la posición extrabucal de la lengua en el sigmatismo sería la que determina las inclinaciones dentarias y las deformaciones de las arcadas.

La influencia de las arcadas dentarias en la pronunciación de la *s*, puede explicarse fácilmente. Para producir una *s* correcta, la lengua debe apoyarse sobre las caras linguales de los dientes superiores; la menor variación del contacto en el ancho de la lengua y los dientes puede comprometer su producción.

En el *sigmatismo interdentario* es donde la lengua avanza entre los incisivos superiores e inferiores y produce un sonido parecido a la *th* inglesa y se encuentra presente en niño con mordida abierta anterior, deglución atípica y en niños que se chupan el dedo.

Las mismas causales pueden actuar sobre la *t*, la *d* y la *n*.

En el *sigmatismo posdentario* la lengua se apoya sobre la cara lingual de los incisivos superiores en toda su anchura y produce este sonido.

En el *sigmatismo estridente* este se produce por la dispersión del aire delante de los incisivos superiores en malposición.⁴⁷

⁴⁷ Ib. p. 15

Por último el *sigmatismo lateral*. En estos casos la lengua suele ser ancha, estimulando los rebordes de las arcadas dentarias.

Es frecuente su asociación a la deglución atípica en pacientes que ejercen presión lateral con la lengua contra las arcadas dentarias. También está asociado a malos hábitos orales como chuparse el dedo.⁴⁸

Una alteración emocional en un niño puede ser la causa de la dislalia y este niño puede tener concomitantemente una maloclusión. Pero esa maloclusión puede estar relacionada con otros factores, entre ellos la succión del pulgar, la que a su vez es consecuencia de un problema emocional; si ambos defectos están presentes de entrada no puede pensarse en una estricta interrelación de causa y efecto entre ambos. La dislalia y la maloclusión están, en este caso, en relación con el factor emocional, siendo el problema psicológico y no la maloclusión por sí misma, la causa de la dislalia.

Muchos autores han señalado que los problemas foniatricos se encuentran tanto en las personas con maloclusión como en las que tienen oclusiones normales. Bernstein encontró que existía una altísima frecuencia entre mordida abierta y dislalia. En estos casos el sigmatismo es demasiado frecuente.⁴⁹

No es raro observar algunos pacientes que tienen severas maloclusiones y no presentan defectos en su articulación. En estos casos, la lengua y los labios son capaces de adaptarse a severas malposiciones dentarias.

⁴⁸ Zambrana op. cit. p. 26

⁴⁹ Segovia op. cit. p. 95

Otras veces, las maloclusiones son insignificantes y los problemas foniatricos muy importantes. En algunas oportunidades hay, por parte de los tejidos blandos, una falta o inadecuada adaptaci3n a las alteraciones dentales. Deber3 pensarse entonces en otros factores, adem3s de los presentes en la maloclusi3n.

Durante el tratamiento foniatrico u ortod3ncico se observa la interposici3n lingual en el momento de la degluci3n. Esto vale tanto para el foniatra como para el ortodoncista. La alteraci3n lingual por s3 misma no siempre significa perturbaci3n en otros campos, una de las principales causas es el desequilibrio muscular.⁵⁰

MORDIDA ABIERTA

Las maloclusiones, seg3n la Organizaci3n Mundial de la Salud (OMS), ocupan el tercer lugar entre las enfermedades que constituyen riesgo para la salud bucal.

Existe una gran relaci3n entre las anomal3as dentomaxilofaciales (apiñamiento, mordida abierta, etc.) y los trastornos del habla, las alteraciones en la oclusi3n pueden ser de mayor a menor gravedad y comprometer a casi todas las estructuras de la cavidad oral.

En las maloclusiones graves se presentan casi siempre problemas durante la masticaci3n y el habla, que pudieran desaparecer con un tratamiento ortod3ncico adecuado en conjunto con un logopeda desde edades tempranas.

⁵⁰ lb. p. 95

Numerosos estudios han demostrado la estrecha relación entre las maloclusiones dentarias y las dislalias, considerando que esta patología constituye el segundo grupo de factores causales de los trastornos en el lenguaje.⁵¹

Denominamos mordida abierta anterior a la alteración de la relación vertical entre el maxilar y el arco mandibular.

Con fines didácticos podemos clasificarlas en esqueléticas y alveolodentarias:

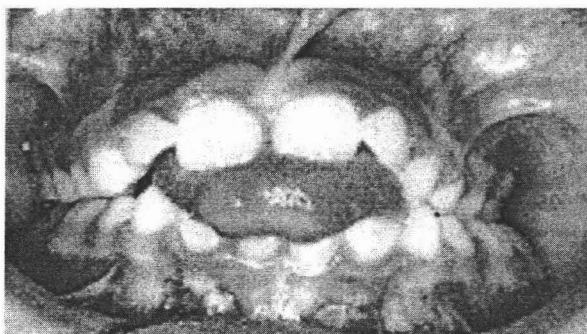
1. Mordidas abiertas esqueléticas. Existe una desproporción entre los huesos del complejo craneofacial, con anomalías óseas importantes. En su etiología intervienen factores genéticos asociados a los ambientales, por lo que se consideran de origen multifactorial.
2. Mordidas abiertas alveolodentarias. Son alteraciones de la erupción dentaria y del crecimiento alveolar, con estructuras esqueléticas preservadas.

Estas anomalías suelen ser consecuencia de tres factores funcionales:

- Malos hábitos orales
- Respiración bucal
- Interposición lingual⁵²

⁵¹ Mora op. cit.

⁵² Zambrana op. cit. p. 98



Interposición lingual anterior, creando una mordida abierta.

Fuente: www.iaom.com/iaom_parents.html

También la presencia de hábitos bucales deformantes, especialmente el empuje lingual, se encuentra íntimamente relacionado con las dislalias.⁵³

La organización y formación de los dientes se relacionan con la lengua y labios y deben posibilitar un sellado de los labios sin tensión. La alteración de los dientes anteriores puede conducir a una discapacidad del habla. Es probable que en algunos casos de mordida abierta anterior sea difícil cerrar los labios, lo que puede interferir en la formación de los sonidos correspondientes a las letras *m*, *p*, *b*. El sellado fonético del labio inferior de los bordes incisales es importante para los sonidos de la *f* y *v*. Los bordes incisales de los dientes anteriores también son importantes para los sonidos de la *s* y puede ocurrir *ceceo* o pronunciación imperfecta de la *s* por sustitución interdental con la lengua.

Los niños con maloclusiones y con problemas fonológicos tienen la lengua entre los incisivos y la proyectan por delante de los incisivos inferiores en el momento de la deglución.⁵⁴

⁵³ Mora op. cit

Los recién nacidos pueden ejecutar algunas funciones vitales (succión, deglución y respiración) que son actos reflejos no condicionados. Muchas funciones que se aprenden durante los primeros meses o años de vida (masticación, fonación, imitación) constituyen actos reflejos condicionados que se desarrollan a partir de reflejos no condicionados.

A menudo, los niños con problemas psicológicos o de adaptación utilizan determinadas disfunciones como mecanismos de escape o para llamar la atención. Si estos hábitos parafuncionales se perpetúan, aumentan el riesgo de que la disfunción provoque o exacerbe una maloclusión.⁵⁵

FACTORES DE LOS TRASTORNOS DEL HABLA

LA AUDICIÓN EN EL NIÑO

La adquisición del habla, ligada al oído, es exclusiva del ser humano, y se adquiere durante las fases madurativas tempranas de la vida del niño. Cuando más se retrase la estimulación del lenguaje, menos eficaz será la soltura para adquirirlo.

Un niño que está privado de estimulación fonética adecuada durante sus tres primeros años no alcanzará el máximo de sus posibilidades de expresión, tanto si la privación fue consecuencia de deficiencia auditiva como si lo fue de la falta de exposición a un lenguaje de calidad alta.

⁵⁴ Aguilar op.cit.

⁵⁵ Graber op. cit. p. 141

El oído es el órgano de la adquisición del lenguaje. Por ello, una audición normal es de vital importancia para el desarrollo, desde el nacimiento de esa cualidad exclusivamente humana que es el habla.⁵⁶

La función auditiva es fundamental para articular la palabra o para emitir la voz. Las alteraciones del oído pueden traducirse por una pronunciación defectuosa de la palabra, cuanto más seria sea la hipoacusia (disminución del sentido del oído), más afectada estará la pronunciación de las vocales, que son sustituidas por consonantes.

ENFERMEDADES DE LA VOZ

El estudio de las enfermedades de la voz es muy importante, porque crean situaciones psicológicas especiales que colocan a los individuos afectados en inferioridad de condiciones para la lucha por la vida. Su estudio constituye una verdadera especialización: la foniatría.

El tono depende de la laringe mientras que el timbre depende de la caja de resonancia, constituida por la boca, nariz y faringe.

En la emisión de un fonema intervienen los pulmones, el aparato vibrador de la laringe, y el aparato resonador de los músculos infra y supraglóticos.

⁵⁶ Northen J. La Audición en los niños. Barcelona: Editorial Salvat, 1981, Pp. 1-3

En la articulación de la palabra y la modulación de los sonidos participan la lengua, el velo del paladar, los labios, las mejillas y la nasofaringe; regido todo por los centros encefálicos del lenguaje hablado y conectado por medio de los pares craneanos V, VII, IX, X, XI y XII.

Una lesión funcional u orgánica que asiente en cualquiera de estos puntos es capaz de producir alteraciones en la voz o en la palabra.⁵⁷

EXAMEN CLÍNICO

El diagnóstico de la deglución atípica no es una tarea difícil. El examen se cumple en dos etapas: observación general y examen físico.

Al diagnóstico se puede llegar mediante la observación visual y la palpación. El examen que se realiza será endobucal y exobucal. Los modelos de las arcadas constituyen un elemento de indudable valor.

El examen clínico de la musculatura bucofacial debería de ser un reconocimiento de rutina.⁵⁸

Los músculos son sucesivamente examinados en reposo, durante ciertas actitudes habituales y en la mímica, durante el cumplimiento de ciertas funciones, como la articulación de los sonidos y la respiración. Los hechos clínicos muestran la importancia de este examen para el diagnóstico y pronóstico de las anomalías dentarias, es decir, para el futuro de las arcadas dentarias en general. Ello es así porque el equilibrio de los músculos faciales está en relación con la anatomía y la función.

⁵⁷ Díaz A. Otorrinolaringología. 6ª. ed. Buenos Aires: Editorial El Ateneo, 1971.. p. 241

⁵⁸ Segovia op. cit. p. 129

Examen muscular

En estado de reposo se observa la falta de contacto labial, el espacio libre entre los dientes, la medida de apertura de la boca, etc. Las anomalías deglutorias son muy frecuentes y cuando existen el examen exobucal permite constatar una contracción del cinturón labioyugal y el examen endobucal en el primer tiempo de la deglución, la inclusión de las arcadas dentarias, lo que facilita la interposición de la lengua entre los dientes. Esta interposición puede ser tan amplia que se extienda desde los molares hacia delante o estar limitada sólo a la parte anterior.

Los trastornos de la fonación pueden ser audibles. Si son escasos, se puede constatar la posición de la lengua y de los labios. El examen también se dirigirá a los dedos y la uñas, que pueden estar deformados por hábitos viciosos. Se investigará también el modo respiratorio y se interrogará a la familia sobre alteraciones en la postura.⁵⁹

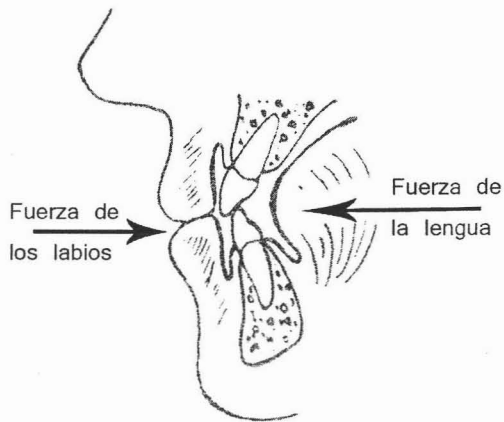
La fonación es el resultado de una serie de movimientos variados, complejos. Parecería que, en un sujeto normal, la lengua no debería de estar nunca en un contacto íntimo con los dientes. Pero durante la pronunciación de las consonantes llamadas alveolares la punta de la lengua se apoya contra la papila palatina.

Sin ningún trastorno audible, numerosos sujetos toman apoyo sobre los dientes superiores e interponen la lengua entre las arcadas y muchas veces llegan a tocar los incisivos inferiores.

⁵⁹ Ib. p. 130

Las posiciones de reposo y postura son características para cada paciente.

La primera es, sin duda, una de las más importantes en el equilibrio muscular que condiciona la forma y las relaciones de las arcadas dentarias.



Fuerza de los músculos faciales

Fuente: Segovia

La posición y la postura de la lengua son variadas. Se conocen las mordidas abiertas producidas por la interposición de la lengua entre las arcadas dentarias en reposo. La interposición de la lengua entre los molares en reposo determina el hundimiento de éstos, lo que en consecuencia da un aumento del espacio libre lateral.

Examen exobucal

Observaremos primero la posición de los labios, después de la lengua y posteriormente la existencia de hábitos.⁶⁰

Labios. Durante el reposo ¿los labios están separados? ¿Están extremadamente relajados? ¿Hay excesivos movimientos de los labios?

¿Hay contracciones a los costados de los labios, en el momento del cierre labial?

Lengua. En estado de reposo ¿la lengua protruye entre los dientes?

La posición de la lengua en estado de reposo es muy importante. Esta posición deberá ser corregida cuando se le enseñe un patrón normal de deglución.

Hábitos. Los hábitos de succión desarrollan presiones contra los dientes. Esta presión sumada a la presión intrabucal desarrollada durante la deglución atípica, contribuirá a la creación de diversos tipos de maloclusiones. La presencia de un objeto extraño en la boca malposiciona de inmediato la lengua.⁶¹

⁶⁰ Ib. p. 134

⁶¹ Ib. p. 135

Examen endobucal

Es necesario observar si las arcadas dentarias son angostas, si la parte anterior de la arcada superior adquiere la forma de proa. En la deglución atípica el paladar no recibe las presiones normales y tiende a conformar un paladar profundo.⁶²

Si las rugas palatinas están muy definidas, significa que no hay presión normal contra ellas en el momento de la deglución. En la mayor parte de los casos de deglución atípica no hay reflejo de vómito al deslizar el dedo contra el velo del paladar. Se observa la reaparición del reflejo como efecto de la reeducación de la deglución.

Debemos inspeccionar además las mejillas del lado interno, en busca de marcas que en ocasiones dejan los dientes, cuando existen presiones anormales.

También observaremos la forma, el tamaño y la tonicidad, ya que estas variables modifican su influencia. Debemos ver si el frenillo lingual es muy corto; en ocasiones la lengua en su totalidad esta sujeta al piso bucal y esta condición altera su postura y su función.⁶³

⁶² Ib. p. 135

⁶³ Segovia op. cit. pp. 129-137

Examen- inspección de la lengua

La lengua ocupa casi la totalidad del espacio de la cavidad bucal (área interna) y tiene múltiples funciones.

Su relación anatómica con la faringe, paladar, cara palatina y lingual de los dientes, piso de boca, la vincula directamente a las funciones de estas estructuras y a su patología como causa y efecto.

De igual importancia son sus específicas funciones como órgano del gusto, de la deglución, de la fonación, así como de la digestión por su papel en la elaboración del bolo alimenticio.

En el niño en crecimiento, la lengua va caracterizando tanto actividades o funciones fisiológicas como sicosociales.⁶⁴

Protocolo:

1. Observar posición, tamaño, forma, color, textura, función.
2. Abrir ampliamente la boca del paciente, observar la posición:
 - a) En el piso de la boca (encajonada).
 - b) Extendida sobre la región posterior del arco dental.
 - c) Proyectada hacia delante entre o por fuera de los dientes anteriores.
3. Verificar forma y tamaño.
4. Palpar el dorso, verificar textura, papilas gustativas, alteraciones del desarrollo, depósitos anormales (saborra).
5. Examinar las partes laterales y la pared ventral.
 - a) Tomar la punta de la lengua con una gasa.

⁶⁴ Gómez B. Examen Clínico Integral en Estomatopediatría Metodología. Colombia: Editorial AMOLCA, 2003.p. 162

-
-
- b) Extenderla hacia uno y otro lado, verificar borde, textura, morfología.
- c) Extenderla hacia arriba, observar la cara ventral, color, textura, frenillo lingual (inserción).²⁶

6. Función: movilidad, deglución, fonación.

a. Movilidad

- Hacer proyectar la lengua hacia fuera y abajo en máxima extensión.
- Hacer proyectar la lengua hacia fuera y arriba.

b. Deglución

▪ Pedir al paciente que trague (degluta), colocar un poco de agua para facilitar la deglución, observar la posición de la lengua.

▪ Al mismo tiempo palpar bilateralmente los músculos temporales, verificar su grado de contracción (en la deglución normal debe captarse la contracción de los músculos).⁶⁵

▪ Observar en el momento de la deglución la contracción de los músculos del borde del mentón y la posición orbicular inferior (si la deglución es normal no debe haber contracción muscular y el orbicular inferior contacta con el superior).

▪ Tomar los labios entre los dedos índice y pulgar de la mano derecha, hacer tracción hacia delante, pedir al paciente que degluta; en la deglución normal puede hacerlo.

c. Fonación

- Verificar la normalidad del desarrollo del lenguaje de acuerdo a la edad del paciente: coordinación, articulación, fluidez.
- Escuchar al niño y determinar normalidad o retraso en el desarrollo del lenguaje de acuerdo a la edad.
- Atender al timbre y resonancia de la voz.

⁶⁵ Ib. p. 163

-
- Pedir al niño la pronunciación de algunos fonemas o palabras para verificar trastornos a nivel de coordinación o articulación. Ejemplo: D, dedo; S, soso; T, toto; R, ferrocarril; P, papá; B, baba; C, coco.

Combinación de fonemas: cada, bote, dato, poda, sota, soda, todo, radio, rato.⁶⁶

Durante la conversación espontánea observamos:

- Si se acumula saliva entre las comisuras y/o los labios.
- Presencia de sigmatismo anterior o lateral.
- Si escupen al hablar.⁶⁷

Nota: es de vital importancia conocer en detalle las alteraciones del lenguaje y establecer relación con el terapeuta del lenguaje.⁶⁸

DIAGNÓSTICO FONIÁTRICO

El terapeuta del lenguaje, de acuerdo con el estado morfológico y funcional del paciente, hará una evaluación de la conducta foniátrica para aplicar posteriormente los planes terapéuticos. Se debe pensar que ciertos pacientes, con problemas de interposición lingual durante la deglución y con irregularidades en la posición de los incisivos, no muestran aún efectos sobre la palabra. Tal vez el niño haya hecho su propia adaptación de la palabra, pero es dudoso que el terapeuta del lenguaje desee trabajar únicamente sobre el problema deglutorio.

⁶⁶ Ib. p. 165

⁶⁷ Zambrana op. cit. p.62

⁶⁸ Gómez. op. cit. p.165

El más común de los síntomas foniatricos es la distorsión de los sonidos sibilantes. El niño con un labio muy protrusivo extiende la punta de la lengua por delante de los incisivos superiores para la producción de la s. Como trata de ser igual a otros niños en la escuela, puede modificar la excesiva protrusión manteniendo la punta de la lengua junto al arco, pero presionando contra la cara palatina de los incisivos superiores.

Esto también produce un sigmatismo protrusivo, en el que el resultado acústico parece ser el principal defecto.⁶⁹

Para una aceptable producción de la s, la punta de la lengua la parte anterior deberá aproximarse pero no tomar contacto con el reborde alveolar inferior. La lengua se eleva lateralmente, los bordes tocan los molares; la corriente aérea bajo presión corre desde el centro de la escotadura de la lengua, a través de la pequeña escotadura dejada entre el reborde alveolar y la lengua.

Quién debe informar sobre el problema

➤ Entrevista con los padres

El diagnóstico de la deglución atípica debe ser realizado por el odontólogo en este caso específicamente por el odontopediatra u ortodoncista por ser el que tiene los conocimientos esenciales para tratar cualquier alteración que involucre cualquier estructura orofacial de los pacientes pediátricos, ya que en este tipo de pacientes es cuando más se presenta la deglución atípica y se puede detectar a una temprana edad.

⁶⁹ Segovia op. cit. p. 138

Entonces el especialista deberá determinar si el tratamiento debe comenzar enseguida, si conviene esperar para conseguir que los empujes de crecimiento superen el problema por autocorrección espontánea o si la espera deberá ser mayor para que la maduración del niño ayude a la terapia.⁷⁰

Algunas veces el problema es tan claro que el odontólogo desea la inmediata iniciación del tratamiento, pero para ello el niño debe estar lo suficientemente desarrollado y los padres deberán estar informados acerca de qué es lo que ocurre.⁷¹

⁷⁰ lb. p. 138

⁷¹ lb. p.138

4

TRATAMIENTO

Los hábitos orales, su persistencia, su relación con problemas oclusales y con trastornos del lenguaje han sido, desde siempre, un obstáculo en el tratamiento dental odontopediátrico, ortopédico-maxilar y ortodóncico.

La estrecha relación entre el dentista y el terapeuta del lenguaje es reconocida desde hace mucho tiempo. El terapeuta que puede coadyuvar al ejercicio odontológico es aquel que conoce y domina la metodología de la terapia miofuncional que trata sobre el imbalance muscular, la deglución atípica y los hábitos bucales.⁷²

Terapéutica miofuncional

En primer término debemos establecer qué significa y cuál es el propósito de esta terapia.

Entendemos por terapia miofuncional el conjunto de procedimientos y técnicas para reeducar patrones musculares inadecuados. Con referencia al tema que se está tratando, diremos que es un sistema terapéutico que ha sido desarrollado para corregir una musculatura desequilibrada y hábitos de deglución anormales.⁷³

La terapia miofuncional es una herramienta de la cual se vale la medicina odontológica, la terapia de lenguaje y la medicina general para lograr sus metas terapéuticas.

⁷² Villavicencio J. *et. Al.* Ortopedia Dentofacial Una Visión Multidisciplinaria. Tomo 2. Colombia. Editorial: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica. C. A. 1997. p. 821

⁷³ Segovia op. cit. p.168

Es un programa dirigido a reeducar patrones musculares inadecuados. Se sustenta en reforzar las funciones básicas musculares que son: fuerza, elasticidad y coordinación.⁷⁴

Inicio del tratamiento

A pesar de la discusión sobre la época en que se debe considerar madura la deglución, los logopedas en general opinan que antes de los 4 o 5 años de edad no se puede diagnosticar una deglución como atípica.

Sin embargo, algunos niños presentan ciertas características que no son propias de su edad. Por ejemplo, un niño de 4 años ya debería ser capaz de conseguir el cierre labial en situación de reposo y durante la alimentación, así como también de articular correctamente gran parte de los fonemas.

Cuando estas habilidades no se han alcanzado, está indicada la estimulación temprana de las funciones orofaciales y de los órganos fonoarticulatorios. Esta estimulación permite:

- Mejorar el tono muscular facial y lingual.
- Mantener el cierre labial.
- Establecer el patrón de respiración nasal.

**ESTA TESIS NO SALL
DE LA BIBLIOTECA**

⁷⁴ Villavicencio J. op. cit. p. 821

Tratamiento indicado

Lo primero que investigamos son las causas de la deglución atípica, sobre todo la respiración.

En presencia de trastornos respiratorios que no se deban sólo a un mal hábito, la posibilidad de rehabilitación miofuncional dependerá de la solución de este problema.

La respiración nasal es una condición imprescindible en la rehabilitación de la deglución atípica. Podemos actuar conjuntamente con el tratamiento otorrinolaringológico intentando ayudar en la automatización del nuevo patrón de respiración.⁷⁵

De acuerdo con el paciente y la familia, decidiremos si es el momento adecuado para realizar el tratamiento. Para ello son necesarios ciertos requisitos:

- Motivación y deseo de cambio por parte del paciente y de la familia.
- Colaboración de los mismos.
- Conciencia por parte de todos de que los cambios de hábitos exigen perseverancia y voluntad.

En el tratamiento mioterápico actualmente trabajamos con los órganos fonoarticulatorios con el objetivo de mejorar las funciones orofaciales.

Ya no realizamos incansables sesiones de ejercicios musculares para finalizar con algunas de deglución y/o masticación.

⁷⁵ Zambrana op. cit. pp. 48-49

Ahora trabajamos conjuntamente, respetando el orden de las habilidades que van siendo adquiridas.

Muchas veces encontramos dificultades anatómicas para conseguir el resultado deseado. Resulta imprescindible, por lo tanto, el conocimiento de las estructuras esqueléticas y de las relaciones entre forma y función para determinar lo que podemos alcanzar con los ejercicios.

Lo más difícil en la rehabilitación de la deglución atípica quizá sea conseguir el mantenimiento de la posición de reposo de los labios y la lengua, que suelen ser la causa de las recidivas.⁷⁶

El entrenamiento de la postura de reposo debe iniciarse en las primeras sesiones. El terapeuta debe estar atento a los cambios de aparatos ortodóncicos, que modifican y añaden nuevos accesorios a la cavidad oral.

Se suele solicitar a los ortodoncistas que marquen, en los aparatos que tienen paladares de material acrílico, la zona de los pliegues palatinos.

De esta manera los pacientes tendrán donde apoyar la lengua. Algunos ortodoncistas optan por realizar un orificio en la placa que permita el apoyo lingual.

Cuando el paciente se encuentra en tratamiento ortodóncico no damos el alta en la atención a los problemas del lenguaje definitiva hasta después de la retirada de los aparatos. En esta época cualquier interferencia muscular o funcional puede desestabilizar la oclusión.

⁷⁶ Ib p. 49

También debemos recordar que la rehabilitación de algunos trastornos articulatorios esta directamente relacionada con la rehabilitación de la deglución atípica.

Siempre se debe intentar relacionar forma y función, y sobre todo, aclarar las causas del trastorno de la deglución.

También debemos determinar:

1. Cuáles son las consecuencias reales de la deglución atípica.
2. Si el paciente necesita tratamiento miofuncional en el presente o en el futuro.
3. Si existe predisposición para colaborar por parte del paciente y de la familia.
4. Qué otros profesionales tendrán que intervenir.

El tratamiento para la corrección de la deglución atípica casi siempre es ortodónico junto con la ayuda del terapeuta del lenguaje.

Las cuatro etapas básicas del *tratamiento mioterápico* son:

1. Ejercicios musculares en los órganos fonarticulatorios, para adecuar el tono y la movilidad.
2. Entrenamiento de la posición de reposo de los labios y la lengua.
3. Entrenamiento de los nuevos patrones de respiración, deglución, masticación y fonación.
4. Generalización o mantenimiento de los patrones establecidos.⁷⁷

⁷⁷ Ib. p. 50

Objetivos de la terapéutica

- Que al terminar la terapia, el paciente pueda identificar y demostrar las diferentes partes involucradas en un tragar correcto.
- Que cuando el terapeuta lo ordene, el paciente sea capaz de tragar los sólidos y los líquidos en forma correcta.
- Que el paciente trague correctamente, durante todo momento, ya sea consciente o inconscientemente.

La corrección del *sigmatismo* dental presenta un interesante problema. Para corregirlo, se enseña a colocar la lengua contra la cara lingual de los incisivos inferiores. Esta enseñanza no puede emplearse en los pacientes de clase III, puesto que determinaría el agravamiento de la clase, con lo que se perjudicaría más al paciente. La terapéutica a emplear en los sigmatismos presentes en la clase III será alejar la lengua de los incisivos inferiores y no apoyarla contra ellos.

El terapeuta miofuncional podrá observar los cambios espectaculares que se producen en el lenguaje de los pacientes que exhibían un sigmatismo lateral, una vez que se corrija la deglución anormal. La corrección de este tipo de deglución anormal parece asegurar la corrección del sigmatismo lateral.

El terapeuta miofuncional ha de prestar innumerables ayudas a los profesionales médicos y odontológicos para tratar los problemas relacionados con la deglución atípica.

La íntima relación que debe tener con otras especialidades hace que su actividad esté perfectamente delineada. La delimitación de sus fines y el intercambio de conocimientos constituyen la base de la comunicación interdisciplinaria.⁷⁸

TRATAMIENTO CON APARATOS

El tratamiento con aparatos generalmente debe ir a la par con el del terapeuta del lenguaje, ya que así corregiremos los trastornos en la producción de la palabra, la protrusión lingual debido a la deglución atípica y por lo tanto también se corregirá la maloclusión asociada.

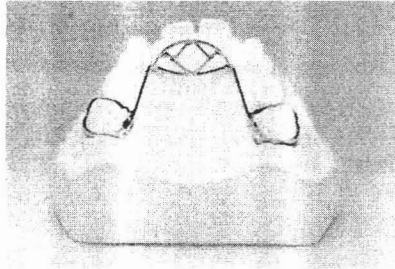
Se pueden utilizar aparatos fijos y removibles, los últimos suelen ser modificaciones del aparato de Hawley.

La construcción del aparato debe estar de acuerdo con los efectos que se esperan. La rejilla en la zona anterior palatina debe tener una longitud suficiente como para ser una barrera efectiva al adelantamiento de la lengua.

Establecida la correcta relación de las piezas dentarias debe observarse el funcionamiento lingual y la posición de reposo, que en la mayoría de los casos resulta adaptada a la nueva relación de tejidos duros.

⁷⁸ Ib. p. 170

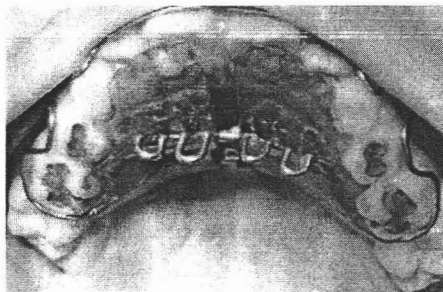
Los aparatos fijos son similares en cuanto a la rejilla, con la diferencia que ésta se encuentra soldada a un conector mayor, el cual está a su vez unido a bandas molares.



Aparato fijo con rejilla

Fuente: <http://www.ortoplus.es/catalogo/habitos/imagenes/habitos1.jpg>

El aparato removible está más indicado cuando el paciente es cooperador y está motivado, cuando hay síntomas de compromisos emocionales o adaptativos, se facilita su remoción a voluntad, circunstancia ausente en los más eficientes pero inflexibles aparatos fijos.⁷⁹



Aparato removible
Fuente propia

⁷⁹ Escobar op. cit. pp. 460-461

5. CONCLUSIONES

- La deglución atípica es un hábito oral frecuente en los niños, que se puede detectar y tratar adecuadamente a tiempo con la participación de diferentes especialistas.

- El origen del hábito de deglución atípica es multifactorial ya que puede darse en pacientes que cursen con otro tipo de hábitos orales, con respiración bucal, con malformaciones faciales, con hipertrofia de amígdalas y también por algún factor emocional en el niño.

- Este hábito tiene múltiples consecuencias como son trastornos en el habla, maloclusiones, mal uso de la musculatura facial, problemas psicológicos a futuro entre otros.

- En el caso de los trastornos en el habla encontramos que los más comunes en niños con deglución atípica son las dislalias que son trastornos que alteran los órganos periféricos del lenguaje en la pronunciación, aunque una posible causa de las dislalias pueden ser alteraciones emocionales.

- Existen otras causas por las que los niños presentan trastornos en el lenguaje y éstas son: la audición, enfermedades de la voz y alteraciones miofuncionales orofaciales, por eso es importante el examen clínico, el diagnóstico y el tratamiento que se le va a realizar al paciente pediátrico

- Debe existir una buena relación entre los diferentes especialistas del área médica ya que trabajando en conjunto se obtendrá un tratamiento integral para nuestros pacientes pediátricos.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar Sheyla *et al.* Frecuencia de la deglución atípica en niños de 5 a 14 años en pacientes que acuden a Ortodoncia Maxilar en FES Iztacala.
<http://odontologia.iztacala.unam.mx/memorias15col/contenido/oral/frecuenciadeladeglucionatipica58.htm>
- Barberia E. Odontopediatría. 2a.ed. España Editorial Masson, 2002, Pp. 432
- Boies R. Otorrinolaringología de Boies Enfermedades oído, vías nasales y laringe. 6ª. ed. Editorial Interamericana Mc Graw- Hill, 1992, Pp. 593
- Bonsjak Andrija *et al.* Incidence of oral habits in children with mixed dentition. Journal of Oral Rehabilitation 2002; 29:902-905
- Cordero Luz María *et al.* Detección y descripción de los Problemas de Deglución observados en un grupo de pacientes que asistieron al C.R.E.E. de Puebla de marzo de 1998 a marzo de 1999.
<http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/deglucion-deteccion-descripcion-problemas-pueblashtml>
- Cameron A. Manual de Odontología Pediátrica. Madrid: Editorial Harcourt, 1998. Pp. 368
- Díaz A. Otorrinolaringología. 6ª. ed. Buenos Aires: Editorial El Ateneo, 1971. Pp. 242

- Emmerich Adauto *et al.* The relationship between oral habits, oronasopharyngeal alterations, and malocclusion in preschool children in Vitória, Espírito Santo, Brazil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro 2004; 20: 689-697
- Escobar Fernando. Odontología Pediátrica. 2ª. ed. Colombia:Editorial AMOLCA, 2004. Pp. 534
- Gómez B. Examen Clínico Integral en Estomatopediatría Metodología. Colombia: Editorial AMOLCA, 2003.Pp. 364
- Graber T. Ortopedia Dentofacial con Aparatos Funcionales. 2ª. ed. España: Editorial Harcourt, 2001. Pp. 348
- Jenkis G. Fisiología y Bioquímica Bucal. México: Editorial Limusa, 1983. Pp. 624
- Kharbanda OP. *Et al.* Oral habits in school going children of Delhi: a prevalence study. J Indian Soc Pedo Prev Dent 2003; 21: 120-124
- Montiel María Elena. Frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población de niños mexicanos de 6 a 12 años de edad. Revista ADM 2004; LXI: 209-214
- Mora C, López R. Aparatología Ortodóncica y Trastornos del Lenguaje. Rev Cubana Ortod 2001; 16 (1): 38-46
- Newman Lisa A. *et al.* Swallowing Function and Medical Diagnosis in Infants Suspected of Dysphagia. Pediatrics. 2001; 108 No. 6 www.pediatrics.org

Niikuni Naoko *et al.* The relationship between tongue-base position and craneofacial morphology in preschool children. J Clin Pediatr Dent 2004; 28:131-134

Northen J. La Audición en los niños. Barcelona: Editorial Salvat, 1981

Paredes V. *et al.* Prevalencia de los hábitos bucales y alteraciones dentarias en escolares valencianos. An Pediatr (Barc) 2005;62: 261-165

Pinkham J. Odontología Pediátrica. 2ª. ed. México: Editorial Interamericana Mc Graw- Hill, 2001. Pp.735

Segovia María Luisa. Interrelaciones entre la Odontoestomatología y la Fonoaudiología La Deglución Atípica. 2ª ed. San José Buenos Aires: Editorial Panamericana, 1988.Pp.237

Tulon C. La Voz: técnica para la rehabilitación de la voz en las disfonías funcionales. Barcelona. 2000. Pp. 233

Vera. Agustín. *et al* Estudio de la relación entre la deglución atípica, mordida abierta, dicción y rendimiento escolar por sexo y edad, en niños de preescolar a sexto grado en dos colegios de Catia, Propatria, en el segundo trimestre del año 2001.
<http://www.ortodoncia.ws/32.asp>

Villavicencio J. *et. Al.* Ortopedia Dentofacial Una Visión Multidisciplinaria. Tomo 2.Colombia. Editorial: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica. C. A. 1997.Pp. 858

Zambrana Nidia *et al.* Logopedia y Ortopedia Maxilar en la Rehabilitación
Orofacial Terapia precoz y preventivo Terapia miofuncional.
Colombia: Editorial Actualidades Médico Odontológicas
Latinoamérica, C.A.2000.Pp. 121