



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DISLALIAS.
TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO-LOGOPÉDICO.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

PAOLA MONTSERRAT CALDERÓN GUERRERO.

TUTOR: Mtro. JORGE PÉREZ LÓPEZ.



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

A DIOS:

Te agradezco infinitamente porque me has acompañado a lo largo de mi vida y sin pedir nada a cambio, hoy me regalas la alegría de ver realizado uno más de mis sueños. Te pido guardes mi corazón cerca del tuyo y guíame día a día en el camino que lleva hacia tí. Asimismo te pido me ilumines para ejercer mi profesión de la mejor manera, pero sobre todo para que cada día sea mejor ser humano.

A MIS QUERIDOS PADRES:

A quienes merecen todo mi amor, respeto y admiración. A quienes han sacrificado la mayor parte de su vida para educarme y formarme, a quienes debo todo lo que soy, hoy quiero decirles que es un privilegio y una bendición ser su hija.

Por la vida, el amor y las noches de desvelo, por la esencia y presencia de tu ser; por ser la luz en la oscuridad y tener siempre para mí una palabra de aliento y un abrazo que reconfortaba mi alma. Por la inmensidad de tu corazón, por estas palabras que puedo escribir y por los sentimientos que a veces no sé decir. Por el esfuerzo y apoyo que no he agradecido, por estar siempre ahí conmigo en los momentos de triunfo y fracaso. Simplemente por la mujer excepcional que eres, GRACIAS MAMÁ.

Al hombre más importante de mi vida, a mi superman, al que nunca podré terminar de agradecerle todo el amor, cariño, comprensión, apoyo, sacrificio y esfuerzo constante, porque cada día has demostrado con acciones y palabras el amor que sientes hacia tu familia. Porque por más difícil que sea la situación que se te presente, siempre sigues adelante. Porque a pesar de tu cansancio nunca borras esa sonrisa, y esa fortaleza y sensibilidad que te caracterizan siempre están contigo. GRACIAS PAPÁ.

Porque sólo nosotros sabemos cuánto nos costó llegar hasta aquí, espero que comprendan que este logro no sólo es mío, que mi esfuerzo ha sido inspirado en ustedes y que son mi ejemplo a seguir. Los amo. ¡Lo logramos!

A MI HERMANITA:

A ti mujercita que desde que llegaste a mi vida la cambiaste por completo, te doy gracias porque a pesar de tu corta edad me has enseñado tantas cosas.

Porque el amor de hermana no tiene comparación, porque me conoces tal y como soy, porque me aceptas a pesar de todos mis defectos, porque posiblemente pensarás que a veces soy insoportable, pero siempre estás conmigo, gracias.

Gracias por tu apoyo, tu afecto, tus palabras de aliento, tu comprensión. Nunca cambies tu forma de ser, ni abandones tus ideales, pero sobre todo nunca dejes de soñar ni de sonreír. Te amo.

A MI TUTOR, EL MTR. JORGE PÉREZ LÓPEZ:

Porque él ha sabido guiar mis pasos hacia el conocimiento y ha sembrado en mí la vocación de servir y ser mejor cada día, mejor en todos los aspectos. Porque sin pedir nada a cambio me ha transmitido conocimientos y sabiduría. Porque sin su apoyo, compromiso, tiempo y consejos este trabajo no hubiera sido posible, le doy gracias Doctor. Gracias por todas sus enseñanzas. Es un honor para mí haber sido su alumna y haber tenido la oportunidad de conocerlo.

A LA UNAM:

Por la oportunidad que me brindó para ser un miembro más de ella y sobre todo a mi querida Facultad de Odontología, la cual me abrió las puertas para formar de mí una profesionista. Gracias.

A MIS FAMILIARES Y AMIGOS:

Por creer en mí y hacerme saber que siempre puedo contar con ustedes. Por cada una de sus palabras que me llegaban al corazón y me devolvían la fuerza que necesitaba para seguir adelante y nunca rendirme. Gracias.

*Nuestra recompensa se encuentra en el esfuerzo
y no en el resultado.*

Un esfuerzo total es una victoria completa.

-Mahatma Gandhi-



DISLALIAS.

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO-LOGOPÉDICO.

INTRODUCCIÓN	6
1 DISLALIAS	7
1.1 Definición.....	7
1.2 Antecedentes.....	7
1.3 Etiología.....	7
1.3.1 Tipos de errores.....	8
1.4 Clasificación.....	9
1.4.1 Según la etiología.....	9
1.4.2 Según el fonema afectado	10
1.4.2.1 Definición de fonema.....	10
1.4.2.2 Clasificación de fonemas.....	10
1.4.2.3 Dislalias en vocales	12
1.4.2.4 Dislalias en consonantes	13
1.4.3 Según el órgano afectado.....	17
2 HÁBITOS ORALES Y PATOLOGÍAS DEL HABLA	18
2.1 Definición de hábito	18
2.2 Deglución atípica.....	18
2.3 Respiración bucal.....	21
2.4 Succión digital.....	23
2.5 Succión labial.....	25
2.6 Alteraciones masticatorias	26



3 ALTERACIONES ORGÁNICAS Y PATOLOGÍAS DEL HABLA	27
3.1 Labio y paladar fisurado	27
3.2 Frenillo lingual corto	29
3.3 Maloclusiones	31
4 TRATAMIENTO	34
4.1. Diagnóstico	34
4.2. Pronóstico	36
4.3. Tratamiento odontológico-logopédico	36
4.3.1 Relación odontología-logopedia	36
4.3.2 Deglución atípica	37
4.3.3 Respiración bucal	39
4.3.4 Succión digital	41
4.3.5 Succión labial	42
4.3.6 Alteraciones masticatorias	43
4.3.7 Labio y paladar fisurado	43
4.3.8 Frenillo lingual corto	47
4.3.9 Maloclusiones	48
CONCLUSIONES	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50



Introducción

Las dislalias son consideradas el trastorno de lenguaje más frecuente en edad temprana; influyen sobre la personalidad y psicología del niño, su capacidad comunicativa; adaptación social y en su crecimiento, ya que afectan la estructura y función de los órganos fonoarticuladores, lo que ocasionará no sólo alteraciones en el habla del niño sino también problemas a nivel craneofacial y orofacial.

Por tal motivo, es de suma importancia que Cirujanos Dentistas de práctica general y otras especialidades tengan conocimiento acerca de las dislalias; su etiología; consecuencias y tratamiento; lo que permitirá realizar un buen diagnóstico para ofrecer atención oportuna y global, reeducando y rehabilitando todos aquellos aspectos que inciden en la patología de lenguaje.

Se ha considerado trascendente estudiar la relación que existe entre hábitos orales y alteraciones que influyen en el lenguaje, con el propósito de brindar información que será útil para profesionales de la salud y otras áreas, así como también para padres de familia que juegan un papel fundamental durante todo el tratamiento.



1 DISLALIAS

1.1 Definición

La dislalia es uno de los trastornos más frecuentes en la edad escolar; lo constituyen las alteraciones en la pronunciación. Etimológicamente significa dificultad en el habla, del griego *dis*, dificultad *lalein*, hablar.

El concepto de dislalia corresponde al trastorno en la articulación de los fonemas, ya sea por ausencia o alteración de algunos sonidos concretos o por la sustitución de éstos por otros de forma inadecuada.

Cuando hablamos de dislalias, se habla de una incapacidad para pronunciar o formar correctamente ciertos fonemas. La dislalia puede afectar a cualquier consonante o vocal.¹

1.2 Antecedentes.

El suizo Schuller en los años 30 del siglo XIX comenzó a utilizar el término de dislalia para diferenciarlo de la alalia (sin lenguaje). Años más tarde, los estudios realizados por diferentes autores como A. Kussmaul (1879), Berkan (1892), H. Gutzman (1927), P. Liebmann (1924), Froschels (1928), entre otros hicieron posible el significado hasta hoy.

A comienzos del siglo XX, autores soviéticos trataron de explicar el surgimiento de la dislalia sobre bases de trastornos auditivos de carácter periférico por un lado, y con alteraciones en la función de los órganos de la articulación del lenguaje por otro.²

1.3 Etiología.

Las causas que originan las dislalias son múltiples y variadas. En la mayoría de los casos no se debe a una sola causa, sino a la combinación de una serie de factores que inciden sobre el niño.

¹ Pascual, P. La dislalia. Naturaleza, diagnóstico y rehabilitación. 1era edición 1985, Editorial Ciencias de la educación preescolar y especial, Madrid. Pág. 27 Pp. 7-185

² Álvarez, L, Oropeza, P, Pérez, H. Trastornos del habla asociados a maloclusión dental en pacientes pediátricos. Rev. Odon. Mex. 2005; 9: 23-29.



Los factores etiológicos más frecuentes son:

- Escasa habilidad motora.
- Falta de comprensión o discriminación auditiva.
- Presencia de hábitos y alteraciones orgánicas.
- Factores psicológicos.
- Factores hereditarios.
- Déficit intelectual.³

Es importante conocer las posibles causas para establecer y aplicar el tratamiento adecuado, atendiendo el factor que está impidiendo el desarrollo normal y evolución del lenguaje del niño.⁴

1.3.1 Tipos de errores.

Las dislalias suelen darse por diferentes errores que hacen imposible realizar una pronunciación correcta como son:

- **Sustitución:** el niño articula un fonema en lugar de otro que le es difícil pronunciar. También se puede producir por un error en la percepción auditiva. Suele ser el error más frecuente y el más difícil de corregir. Las sustituciones más frecuentes son: * /l/, /d/, /g/ por /r/ * /t/ por /k/ * /r/ por /f/ y /d/ por /l/.
- **Distorsión:** el niño produce un sonido de una forma incorrecta y distorsionada. Su etiología suele ser una posición inadecuada de los órganos articulatorios o a una falta de control del soplo. Suceden con mayor frecuencia en la posición intervocálica de la palabra. Ejemplo: borso =>bolso
- **Omisión:** en este caso, el niño omite el fonema que no sabe pronunciar. En algunas ocasiones sólo afecta a la consonante; por ejemplo: “apato” por “zapato”, en otras ocasiones, la omisión se presenta en la sílaba completa: “lida” por “salida”.

³ Céspedes, C.E. Trastornos del lenguaje oral. Rev. Dig. 2011; 38:1-9

⁴ Cab, A. I, Campechano, E, Flores, Y.G., López, C.A., Zamora, R.O., Reyes, A., Vaillard, E. Dislalia asociada a hábitos orales. Rev. Oral. 2012; 41: 865-869



La presencia de la omisión es mayor cuando hay que articular dos consonantes seguidas. Ejemplo: “pato” en lugar de “plato”; “futa” por “fruta”.

- **Adición:** suele ser el error menos frecuente. Se produce cuando el niño añade un fonema para articular otro que le resulta más difícil. Por ejemplo: “teres” por “tres”; “amoto” por “moto”.
- **Inversión:** consiste en cambiar el orden de los sonidos. Ejemplo: “cocholate” por chocolate”.⁵

1.4 Clasificación.

Existen diversas clasificaciones de las dislalias en las cuales se consideran diferentes criterios.

1.4.1 Según la etiología:

Pilar Pascual (1981) las clasifica en:

- **Dislalia evolutiva:** son alteraciones de articulación que se manifiestan en edades tempranas; serán propias del desarrollo evolutivo de los niños, tienen un carácter fisiológico y forman parte del aprendizaje normal del lenguaje en su maduración con la edad.
- **Dislalia funcional:** se debe a una mala coordinación de los movimientos necesarios para articular ciertos fonemas. Existen tres modelos que explican sus posibles causas; el perceptivo motor, discriminación auditiva y desórdenes fonológicos.

Los fonemas más afectados suelen ser: /r/, /k/, /l/, /s/, /z/ y /ch/.⁶

- **Dislalia audiógena:** una buena audición es fundamental para un buen desarrollo lingüístico; si existe una audición defectuosa habrá una dislalia audiógena.
- **Dislalia orgánica:** son aquellos trastornos de la articulación que son originados por alteraciones orgánicas.⁷

⁵ Céspedes, C.E. Op. Cit. Pág. 6

⁶ Pascual, P. Op. Cit. Pág. 28.

⁷ Cab, A. I, Campechano, E, Flores, Y.G., López, C.A., Zamora, R.O., Reyes, A., Vaillard, E. Op. Cit. Pág. 866



1.4.2 Según el fonema afectado:

1.4.2.1 Definición de fonema

El fonema se puede definir como la unidad fonológica más pequeña y el elemento fundamental del lenguaje.

1.4.2.2 Clasificación de fonemas

Los fonemas pueden dividirse en:

a) Vocálicos y consonánticos.

- Vocales: sonidos generados por la vibración de las cuerdas vocales, con resonancia en la cavidad faringo-bucal, sin que exista contacto de la lengua con la bóveda palatina. Estos sonidos presentan la mayor abertura de los órganos.
- Consonantes: caracterizadas por el ruido ocasionado por la aparición de un obstáculo; oponiéndose a la corriente de aire que fluye de la laringe.

b) Por acción de cuerdas vocales:

- Sonoro: se originan si en la emisión de aire, las cuerdas se aproximan y comienzan a vibrar. Aquí se encuentran las vocales y algunas consonantes.
- Sordo: en este caso, las cuerdas vocales se acercan, pero no vibran.

c) Por acción del velo del paladar:

- Bucales: el aire sale solamente por la cavidad bucal, el velo del paladar se encuentra adherido a la pared faríngea.
- Nasaes: el conducto nasal se encuentra abierto y el bucal cerrado, debido al descenso del velo del paladar.



d) Por el modo de articulación:

- Las vocales se dividen en:
 1. Cerradas o altas: [i, u]
 2. Medias: [e, o]
 3. Abiertas o bajas: [a]
- Las consonantes pueden ser:
 1. Oclusivas: se dá un cierre completo de los órganos de articulación. Se denominan también fonemas explosivos.
 2. Fricativas: cuando el sonido se forma por un estrechamiento de los órganos articulatorios, sin llegar a juntarse. Esta acción produce un ruido de rozamiento o fricción. Se les puede llamar también continuas.
 3. Africadas: existe un cierre completo de los órganos articulatorios, seguido de una pequeña abertura. Combinación entre oclusivas y fricativas.
 4. Laterales: la corriente fonatoria se escapa, ya sea por uno o por ambos lados de la lengua.
 5. Vibrantes: se producen por interrupciones intermitentes del aire sonoro, y por una serie de vibraciones de la punta de la lengua.

e) Por el lugar de articulación:

- Las vocales se pueden dividir en:
 1. Anteriores: [i, e]
 2. Posteriores: [u, o]
 3. Centrales: [a]
- Las consonantes se clasifican en:
 1. Bilabiales: los dos labios se ponen en contacto.
 2. Labiodentales: realizadas entre los dientes y el labio inferior.
 3. Linguodentales o dentales: se producen apoyando la punta de la lengua contra la parte interna de los incisivos superiores.



4. Interdentales: la punta de la lengua se encuentra entre los incisivos superiores e inferiores.
5. Alveolares. Cuando la punta de la lengua se apoya en los alvéolos.
6. Palatales: la lengua se adhiere a la parte anterior y media del paladar duro.
7. Velares: se acerca la lengua al paladar blando o velo del paladar.

		LUGAR DE ARTICULACIÓN						
		Bilabial	Labio-dental	Linguo-dental	Linguo-interdental	Linguo-alveolar	Linguo-palatal	Linguo-velar
MODO DE ARTICULACIÓN	Oclusiva s	p, b		t, d				k, g
	Fricativa s		f		z	s	y	j
	Africada s						ch	
	Nasales	m				n	ñ	
	Laterales					l	ll	
	Vibrante simple					r		
	Vibrante múltiple					rr		

Tabla 1. Clasificación de consonantes.

1.4.2.3 Dislalias en vocales:

Raramente se presentan estos casos. La dislalia más frecuente, es la dificultad presentada para el sonido /e/ que es reemplazado por la /a/. En otras ocasiones en lugar de /e/ se pronuncia /i/.

- **Fonema /a/:** la lengua permanece plana en el suelo de la boca; si la lengua se arquea resultará un sonido entre /e/ y /a/ o entre /a/ y /o/.
- **Fonema /e/:** los labios se encuentran entreabiertos, los dientes separados; el dorso de la lengua se arquea y eleva. Cuando baja demasiado la lengua en su base sin tocar el paladar, cambia la /e/ por /a/; o en caso contrario, si se eleva demasiado la lengua y estrecha el canal de salida de aire, se sustituye la /e/ por /i/.



- **Fonema /i/:** este fonema se altera si se separan demasiado los labios o los dientes, o bien, por la posición de la punta de la lengua, dando un sonido semejante a la /e/.
- **Fonema /o/:** sucede que si el niño abre demasiado la boca el sonido se asemeja a la /a/. Si la abertura es muy estrecha, el sonido emitido se parece a la /u/.
- **Fonema u:** cuando la abertura de los labios es muy grande y no se retrae la lengua, el resultado será un sonido impreciso parecido a la /o/.

1.4.2.4 Dislalias en consonantes

Debido a que la articulación de las consonantes presenta mayor dificultad, son más abundantes los casos de dislalias.

- **Articulaciones oclusivas:** se encuentran los fonemas bilabiales /p/ /b/ y linguodentales /t/ /d/; así como los fonemas velares /k/ /g/.

Fonema /p/: consonante bilabial, oclusiva sorda. Su defecto se denomina betacismo, se presenta en escasas ocasiones.

Fonema /b/: consonante bilabial, oclusiva sonora. Su defecto también se denomina betacismo, y es poco frecuente. En algunos casos, es sustituida por /p/. Ejemplo: “palón” por “balón”; “apuela” en lugar de “abuela”.

Fonema /t/: consonante linguodental, oclusiva sorda. El defecto en su pronunciación es llamado deltacismo. En algunas ocasiones se sustituye por el fonema /d/. Ejemplo: “daza” por “taza”.

Fonema /d/: consonante linguodental, oclusiva sonora. En algunas ocasiones, su articulación no va acompañada de vibraciones de cuerdas, y se convierte en sorda sustituyéndola por /t/ o /z/. Su defecto se denomina deltacismo. Ejemplos: “tulce” en lugar de “dulce”; “zormir” por “dormir”.



Fonema /k/: consonante velar, oclusiva sorda. Se denomina kappacismos a los defectos de este fonema, siendo frecuentes en las dislalias infantiles debido a su dificultad para articular. Generalmente es sustituido por el sonido /t/. Ejemplo: “tiosco” en vez de “kiosko”; “tilo” por “kilo”.

Fonema /g/: consonante velar, oclusiva sonora. Los defectos de este fonema se conocen como gammacismos. En los casos en que el niño apoya la lengua en los alvéolos superiores, en lugar de los inferiores, sustituye por el fonema /l/; y si la apoya tras los incisivos superiores se obtiene /t/ o /d/ en lugar de /g/. Ejemplos: “lato” por “gato”; “telatina” en vez de “gelatina”; “ladartija” en lugar de “lagartija”.

- **Articulaciones fricativas:** están formadas por /f/, /z/, /s/, /y/, /j/.

Fonema /f/: consonante labiodental, fricativa sorda. El defecto de este fonema no se presenta con frecuencia. Cuando llega a aparecer, se obtiene /s/ en lugar de /f/, debido a que el niño arquea excesivamente la lengua. Ejemplo: “siente” en vez de “fuente”.

Fonema /z/: consonante interdental, fricativa sorda. Es frecuente el seseo, en el cual el fonema /z/ se sustituye por /s/. Ejemplo: “sapato” por “zapato”. En otros casos; se sustituye /z/ por /t/. Ejemplo: “tanahoria” por “zanahoria”.

Fonema /s/: la consonante /s/ es alveolar, fricativa sorda. Los defectos en su articulación son muy frecuentes, se denominan sigmatismos.⁸

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

- Sigmatismo labiodentario: s soplada entre los incisivos superiores y labio inferior. Se encuentra con frecuencia en las prognasias mandibulares y protrusiones maxilares.

⁸ Pascual, P. Op. Cit. 128-144



- Sigmatismo interdentario: la punta de la lengua avanza entre los incisivos superiores e inferiores produciendo un sonido a la th inglesa. Se observa en niños raquíuticos; con diastemas anteriores; mordida abierta y en niños con hábitos de succión digital. También pueden actuar sobre la t, la d y la n.
- Sigmatismo posdentario: la lengua se apoya sobre la cara lingual de los incisivos superiores, produce este sonido por la imposibilidad de formar la gotera. Este trastorno acompaña a dignasias y malposiciones dentarias.
- Sigmatismo estridente: producido por la dispersión del aire delante de los incisivos superiores en malposición.
- Sigmatismo lateral: es el caso más común de mala pronunciación de la s. Se debe frecuentemente a prognasias mandibulares, laterognasias.
- Sigmatismo palatino: formado entre la lengua y el paladar duro.⁹

Fonema /y/: es palatal, fricativo sonoro. Su defecto se presenta cuando se apoya excesivamente la lengua contra el paladar, cerrando el canal de salida del aire, convirtiendo este fonema en oclusivo y articulándolo como /ch/. Ejemplo: “chegua” por “yegua”.

Fonema /j/: es una consonante velar, fricativa sorda. Su defecto se llama jotacismo; puede producirse al levantar demasiado la lengua contra el velo del paladar, convirtiéndola en oclusiva /k/. Ejemplo: “kuguete” en lugar de “juguete”.

⁹ Segovia, M.L., Interrelaciones entre la odontoestomatología y la fonoaudiología. La deglución atípica. 2ª edición, Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. Págs. 18-19. Pp. 7-237.



- **Articulaciones africadas:** En castellano sólo existe una consonante africada, la /ch/

Fonema /ch/: es palatal, africado sordo. Su defecto puede darse al no apoyar la lengua contra el paladar, situándose tras los incisivos inferiores, articulando así el sonido /s/. Ejemplo: “simuelo” por “chimuelo”.

- **Articulaciones nasales:** son la bilabial /m/, alveolar /n/ y palatal /ñ/. Todas ellas son sonoras.

Fonema /m/: su defecto se denomina mitacismo. Generalmente se produce cuando en el momento de la articulación, la totalidad o parte del aire sale por la boca, obteniendo un sonido semejante a la /b/. Ejemplo: “banzana” en vez de “manzana”.

Fonema /n/: puede ocurrir que el niño sustituya la /n/ por la /m/. Ejemplo: “mube” por “nube”.

Fonema /ñ/: cuando el dorso de la lengua no toca el paladar, se sustituye la /ñ/ por la /n/. Ejemplo: “nino” en lugar de “niño”.

- **Articulaciones laterales:**

Fonema /l/: la articulación defectuosa de este fonema, es originada por falta de agilidad de la lengua. El defecto de esta consonante se llama lambdacismo. Generalmente el sonido se asemeja a la /n/. Ejemplo: “neche” por “leche”.

- **Articulaciones vibrantes:**

Fonema /r/: fonema vibrante simple, alveolar sonoro. Su defecto se denomina rotacismo, su incidencia es muy frecuente en casos de dislalias funcionales. Cuando se sustituye por otros fonemas se llamará pararrotacismo, siendo común en el hablar infantil, dentro de una dislalia normal de evolución, debido a su dificultad para la pronunciación.



El rotacismo tiene diferentes denominaciones según el lugar donde la /r/ defectuosa es formada:

- Rotacismo labial: la vibración se dá en los labios y no en la lengua. Aparece con escasa frecuencia.
- Rotacismo interdental: es originado cuando la lengua se sitúa entre los dientes; produciendo un sonido ceceante.
- Rotacismo bucal: el aire es desviado lateralmente, entre las mejillas y la lengua. Se sustituye la /r/ por //l/. Ejemplo: “calo” por “carro”.
- Rotacismo velar: producido por las vibraciones del paladar blando; produciendo el sonido de la /g/. Ejemplo: “gomper” en vez de “romper”.¹⁰

1.4.3 Según el órgano afectado:

- **Dislalias labiales:** de especial importancia en el idioma francés.
- **Dislalias maxilofaciales y dentales:** de origen maxilomandibular. Se trata de dislalias orgánicas; interesan con mayor atención a los odontólogos. Los sonidos afectados son *t, d, n, l* y *s*.
- **Dislalias linguales:** se afectan vocales prelinguales, como la *u, i, e*. El habla se vuelve incomprensible. También las consonantes experimentan alteraciones.¹¹

¹⁰ Pascual P. Op. Cit. Págs. 147-156

¹¹ Segovia M.L., Op. Cit. Págs. 16-19.



2 HÁBITOS ORALES Y PATOLOGÍAS DEL HABLA

2.1 Definición de hábito

Un hábito se define como la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto; en un principio se hace de forma consciente y posteriormente de modo inconsciente.

Existen tres factores que pueden intensificar, modificar o minimizar la acción del hábito: duración, frecuencia e intensidad.

Los malos hábitos pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático.¹²

2.2 Deglución atípica.

Es uno de los hábitos bucales más frecuentes en la población infantil.

La deglución atípica consiste en la posición patológica de la lengua, tanto en el momento en que se realiza la deglución, como cuando se encuentra en estado de reposo. Se caracteriza porque la lengua se sitúa entre los incisivos, contactando con el labio inferior.

La deglución atípica puede manifestarse con interposición labial y/o lingual.

- Con interposición lingual: se caracteriza porque los dientes no se ponen en contacto en el momento de tragar. La lengua se aloja entre los incisivos. La interposición de la lengua en la parte lateral o frontal conduce a la mordida abierta anterior o lateral.
- Con interposición labial: se interpone el labio inferior entre los dientes incisivos en el momento de deglutir. En posición de descanso no hay contacto labial. Presente en los casos extremos de overjet. Como consecuencia se desarrolla una Clase II.

¹² Agurto V. P., Díaz M. R., Cádiz D. O., Bobenrieth K. F. Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. Rev. chil. pediatr. 1999; 70: 470-482.

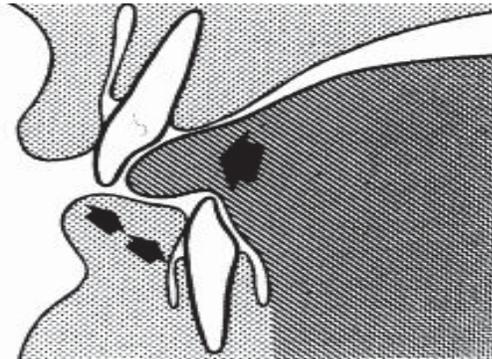


Figura 1. Interposición del labio inferior por la posición hacia fuera de los incisivos superiores e interposición lingual por deglución atípica.

Pastor, T. (2008) Tesis doctoral [en línea] <http://hdl.handle.net/10803/9263> Capítulo I: Análisis y descripción de la respiración: diferencia entre la respiración oral y la respiración nasal.

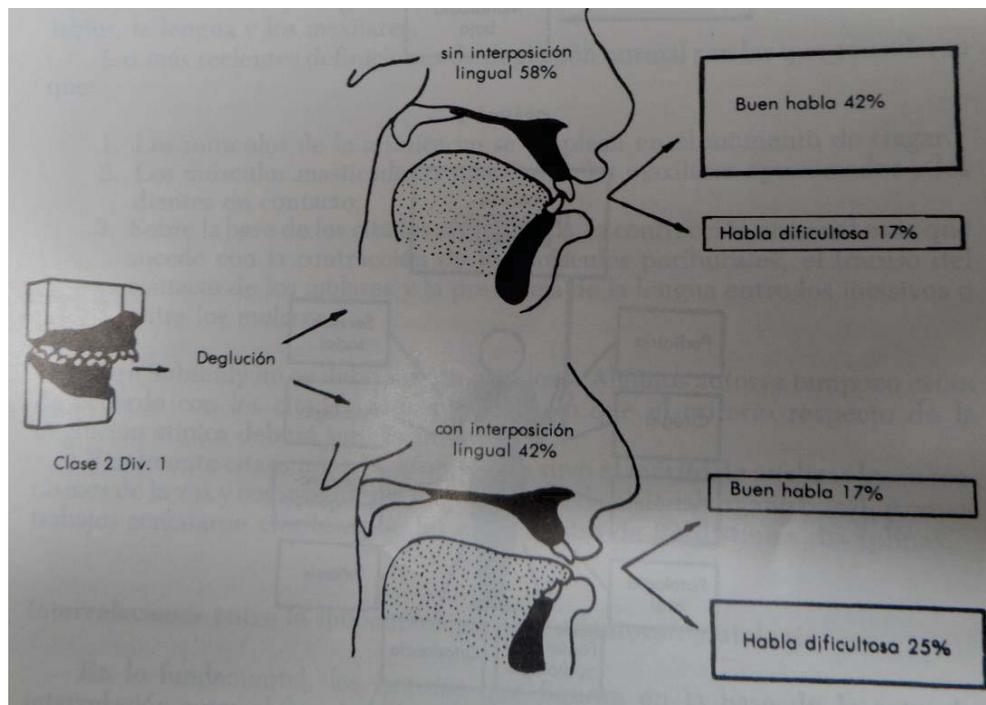
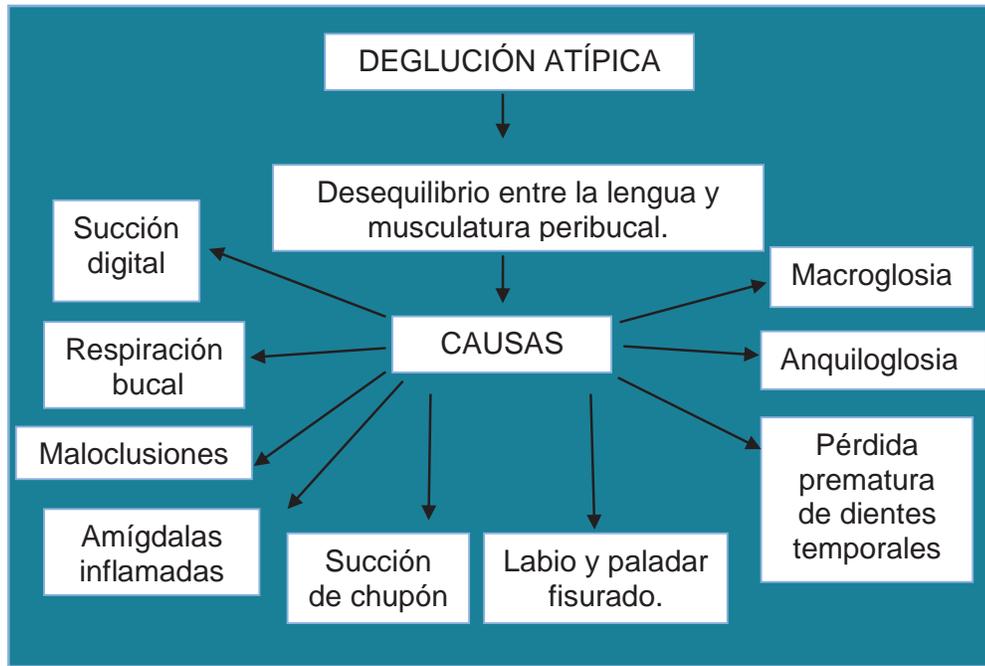


Figura 2. Relación de deglución atípica con Clase II.

Segovia, M.L., Interrelaciones entre la odontoestomatología y la fonoaudiología. La deglución atípica. 2ª edición, Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana



Esquema 1. Deglución atípica.

Segovia, M.L., Interrelaciones entre la odontoestomatología y la fonoaudiología. La deglución atípica. 2ª edición, Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana

Éste hábito puede causar maloclusiones; agrava la respiración bucal, malformación de arcadas dentarias y paladar, altera el tono labial y la postura en general; además produce trastornos articulatorios estableciendo cuadros de dislalia (básicamente para la producción del fonema /s/).^{13,14,15}

¹³ Martín, Z.L., García, P.S., Éxposito, M.I., Estrada, V.V., Pérez, L.I. Y. Deglución anormal: algunas consideraciones sobre este hábito. Rev. A.M.C., 2010; 14: 1-10.

¹⁴ Cab, A. I, Campechano, E, Flores, Y.G., López, C.A., Zamora, R.O., Reyes, A., Vaillard, E. Op. Cit. Pág. 867.

¹⁵ Segovia, M.L., Op. Cit. Pags.63-64.



2.2 Respiración bucal

El hábito de respiración bucal, se define como la aspiración y espiración de aire a través de la boca, en lugar de hacerlo por la nariz; ya sea por hábito o asociada a trastornos obstructivos de las vías nasales.

Según el factor etiológico, se puede clasificar como:

- Respiradores bucales por obstrucción de vías aéreas nasofaríngeas.
- Respiradores bucales por hábito.
- Respiradores bucales por alteraciones posturales.

Numerosos autores han tratado de describir las características que distinguen a los pacientes con respiración bucal; dentro de las cuales encontramos:

- **Características faciales:** facie adenoidea que se caracteriza por una altura facial inferior de la cara aumentada, labios entreabiertos y respiración bucal. Se observa el labio superior corto e incompetente, labio inferior grueso y caído; mejillas flácidas, labios resecos, nariz pequeña y aparición de ojeras. Intraoralmente se relaciona con un maxilar alto y estrecho, mordida cruzada posterior y maloclusión Clase II. En casos graves, el aspecto del paciente es asténico, con una caja torácica subdesarrollada, escapulas aladas, esternón hundido y rasgos raquíuticos. Pueden estar presentes apatía, falta de atención y/o de somnolencia que son atribuibles a los trastornos del sueño asociados a la respiración oral crónica.¹⁶
- **Características funcionales:** posición baja de la lengua, que provoca mordida abierta anterior, presencia de labio superior hipotónico y labio inferior hipertónico (incompetencia labial), interposición labial por detrás de los incisivos, deglución atípica, borla del mentón hipertónica, paladar profundo.

¹⁶ Boj J. Catalá M. García C. Mendoza A. Planells P. Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven. 1era edición 2011. Editorial Médica Ripano. Pág. 523. Pp. 1-842.

- **Características posturales:** cabeza inclinada hacia atrás, sensación de hombros caídos debido a un acortamiento del músculo pectoral.

Actualmente, se añaden a estas características:

- Habla imprecisa, debido a un exceso de salivación; presencia de dislalias (sigmatismo y rotacismo), así como frecuentes disfonías.^{17,18}

En la mayoría de las veces, se produce sigmatismo interdental al tener hábito de respiración bucal constante, ya que existe algún obstáculo en la respiración nasal, lo que ocasiona que el niño tenga continuamente la lengua fuera.¹⁹



Figura 3. Niño respirador bucal: Labio superior corto: el niño muestra casi toda la superficie de los dientes constantemente. Labio inferior se torna grueso y evertido.

Pastor, T. (2008) Tesis doctoral [en línea] <http://hdl.handle.net/10803/9263> Capítulo I: Análisis y descripción de la respiración: diferencia entre la respiración oral y la respiración nasal.

¹⁷ Simoes A.N. Respiración bucal. Diagnóstico y tratamiento ortodóntico interceptivo como parte del tratamiento multidisciplinario. Revisión de literatura. Rev. Lat. de Ort. Y Odont. 2014; 1-11

¹⁸ Pastor, T. (2008) Tesis doctoral [en línea] <http://hdl.handle.net/10803/9263> Capítulo I: Análisis y descripción de la respiración: diferencia entre la respiración oral y la respiración nasal.

¹⁹ Pascual P. Op. Cit. Pág. 145.

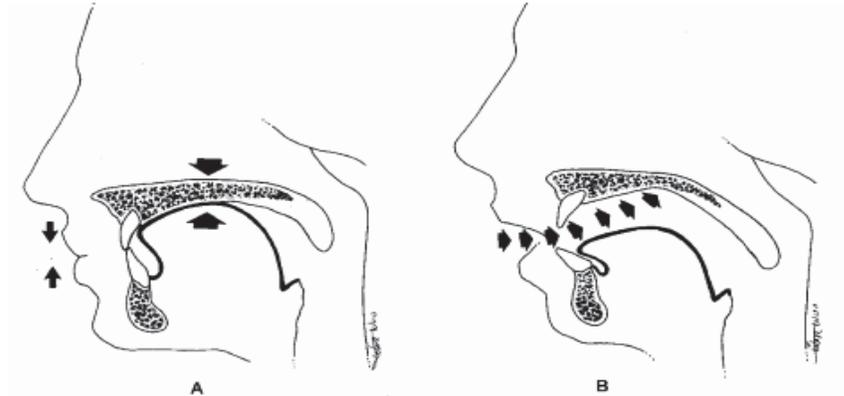


Figura 4. A) Perfil facial de un paciente respirador nasal. B) Perfil facial de un respirador bucal.

Toledo N.Z, Dalva L. Logopedia y ortopedia maxilar en la rehabilitación orofacial. Tratamiento precoz y preventivo. Terapia miofuncional. 1era edición 2000. Editorial Masson.

2.3 Succión digital

La succión digital es un hábito dañino que actúa mediante la triada de hábitos; siendo un factor desencadenante de maloclusión; la mordida abierta es el problema más frecuente. La distalización de la mandíbula resulta de la presión ejercida por la mano; por tal motivo adoptará una posición retrusiva.²⁰

Aunque los niños pueden succionarse uno o más dedos, lo más frecuente es la succión del pulgar, que es succionado apoyando la yema del dedo sobre la zona retroincisiva superior, mientras la parte ungueal se apoya en los incisivos inferiores. Al introducir el pulgar entre los dientes, la lengua se ve obligada a mantener un posición baja disminuyendo su presión sobre la bóveda palatina, esto permite que la presión del buccinador durante la succión se ejerza sobre los procesos alveolares, determinando junto con el empuje labial de los incisivos la forma en V característica en estos pacientes. (Fig. 5.)

²⁰ Segovia M.L. Op. Cit. Pág. 114.



Figura 5. Adaptación de las musculaturas facial y bucal a la succión digital. Nótese malposición de la lengua, mandíbula y músculos que circundan la boca.

Segovia, M.L., Interrelaciones entre la odontoestomatología y la fonoaudiología. La deglución atípica. 2ª edición, Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana. Pág. 116.

En el examen intraoral se encuentran una serie de situaciones asociadas, como respiración bucal e interposición lingual; mordida abierta y en algunos casos se observa estrechamiento del arco dental con presencia de mordida cruzada posterior. Los incisivos superiores se labioversionan o inclinan mientras que los inferiores versionan hacia lingual. Se condiciona una Clase II y un incremento del patrón de crecimiento vertical.

La introducción del dedo en la cavidad bucal va a reducir el espacio intraoral habitable, se favorece la posición lingual baja y la deglución infantil.²¹

Éste hábito es una causa importante tanto funcional como orgánica del establecimiento de dislalias; encontrando con mayor frecuencia el sigmatismo interdentario.^{22,23}

²¹ Boj J. Catalá M. García C. Mendoza A. Planells P. Op. Cit. Pág. 535.

²² Ibíd. Pag. 18

²³ Cab, A. I, Campechano, E, Flores, Y.G., López, C.A., Zamora, R.O., Reyes, A., Vaillard, E. Op. Cit. Pag. 867.



Figura 6. Hábito de succión digital

Fuente propia.

2.4 Succión labial

Se produce cuando el niño interpone el labio, en la mayoría de las veces el inferior, entre las dos arcadas en el momento de la deglución, o también en reposo a modo de chupete.

Por lo regular se genera de forma secundaria a un hábito de succión digital o deglución atípica.

Este hábito, puede causar maloclusiones, con gran resalte de incisivos superiores y retroinclinación de los incisivos inferiores. También dá como resultado una mordida abierta anterior.²⁴

La succión labial produce dificultades para articular fonemas, sobre todo fricativos; cuando los órganos articulatorios se aproximan pero no ocluyen y el aire pasa entre ellos, provocando roce o fricción.^{25,26}

²⁴ Borrás S, Rosell V. Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados. 1era ed. Editorial Nau libres, 2011. Pág. 35-36 Pp. 15-167.

²⁵ Massana M. Trastornos del lenguaje secundarios a un déficit instrumental: Déficit mecánico articulatorio. Rev. Neurol. 2005; 41:39-42.



2.5 Alteraciones masticatorias

Una masticación correcta supone movimientos mandibulares bilaterales y balanceados; sin embargo, debido a determinadas circunstancias la función puede verse alterada lo que impide el normal desarrollo de la misma.

Los factores que pueden provocar alteraciones en la masticación son:

- Pérdida prematura de piezas dentarias: la tendencia es masticar por el lado que requiere menos esfuerzo, por lo que el paciente creará un desequilibrio en la masticación y por ende en la oclusión.
- Dolores que alteran trayectorias oclusales: ante la presencia de dolor, el paciente puede introducir hábitos nocivos que dan como resultado alteraciones en la masticación.
- Hábitos: uso abusivo de biberón, chupón, succión digital.
- Respiración oral con lengua adelantada; lo que conlleva dificultades para la trituración del alimento.
- Presencia de maloclusiones.

Cuando la masticación es unilateral y/o anterior, el resultado serán alteraciones musculares en las articulaciones y también en la oclusión.

El hecho de no masticar de forma correcta y al tiempo que corresponde, produce una hipotonía de los músculos masticadores y buccinadores. Este mal funcionamiento muscular implicará descompensaciones funcionales que originan dislalias.^{27,28}

²⁶ Villanueva P. Fonoaudiología: Algo más que fonarticulación. Rev. Chil. Ort. 2000; 17: 102-11.

²⁷ Massana M. Op. Cit. Pág. 41.

²⁸ Borrás S, Rosell V. Op. Cit. Pág. 32-33.

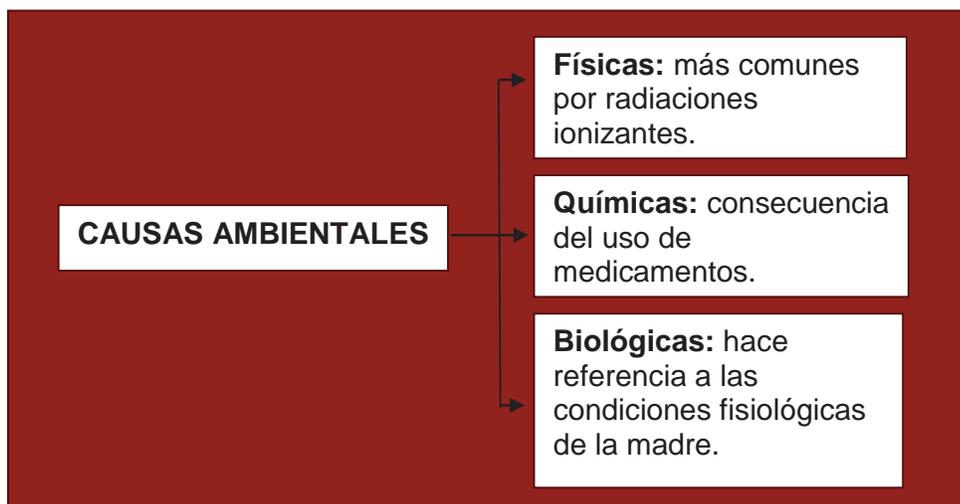
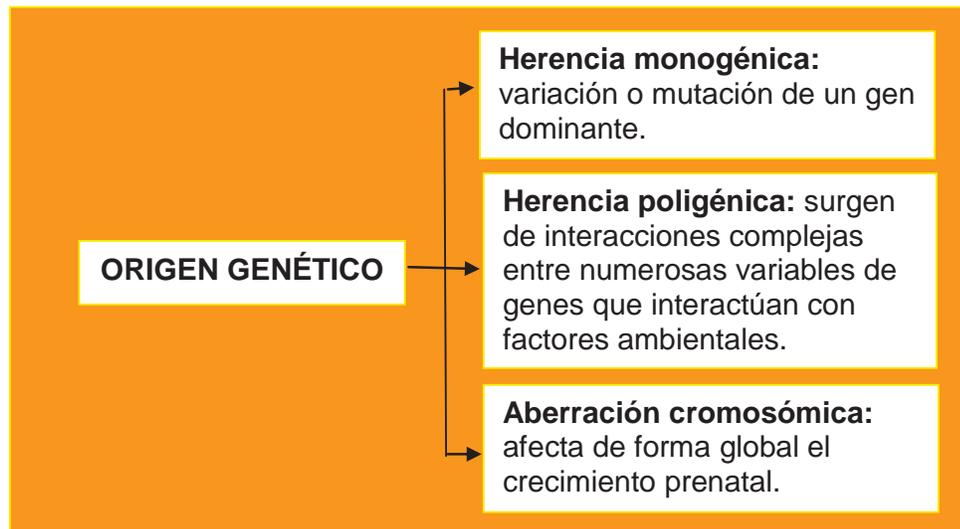


3 ALTERACIONES ORGÁNICAS Y PATOLOGÍAS DEL HABLA

3.1 Labio y paladar fisurado

Las fisuras labiopalatinas son consideradas anomalías congénitas que son frecuentes en la población infantil.

Las causas de esta malformación se reúnen en dos grupos: de origen genético y ambiental.²⁹



²⁹ Biondi A. Cortese S. Odontopediatría. Fundamentos y prácticas para la atención integral personalizada. 1era edición 2010. Editorial Alfaomega. Pág. 389. Pp. 1-458.



El labio y paladar fisurado tienen una gran incidencia en las alteraciones del lenguaje; el habla se encuentra afectada con dificultades en la articulación de los sonidos (dislalia orgánica) y en la resonancia de la voz; así como el vocabulario y la estructuración gramatical.

La patología del lenguaje que sufren estos pacientes es la hiperrinolalia, que se caracteriza por una resonancia nasal aumentada como consecuencia del paso del aire por la cavidad nasal en el proceso de articulación y emisión de sonidos bucales.

En los pacientes con labio y paladar fisurado se verá afectada la pronunciación de los sonidos debido a alteraciones orgánicas del aparato articulatorio alterando la mayoría de los fonemas; y debido a un insuficiente funcionamiento velar, se afectan todos los sonidos bucales.³⁰

Los trastornos dislálicos provocados por labio fisurado se van a manifestar en las vocales formadas en el dorso de la lengua y las producidas en la punta. Las primeras vocales afectadas serán la *o,u*; debido a la imposibilidad o movilidad insuficiente del labio para la formación de estos sonidos. En último lugar se afecta la *i*.

En el grupo de las consonantes, se afectan la *f* y la *v*, que se forman entre el labio inferior y los incisivos superiores; son modificadas por falta de actividad labial.

En los casos de presencia de labio fisurado unilateral, se afectan las consonantes *b* y *p*, ya que la inactivación de ambos labios puede producir una *f*, que puede parecerse a una *v*.

Dentro de las dislalias maxilofaciales y dentales, en los niños con fisura palatina, se altera la pronunciación de los sonidos *l*, *n*, *r* y *s*.

En este tipo de alteración orgánica, son raras las dislalias graves de origen lingual; debido a que sólo se ve reducida o restringida su actividad, lo cual puede influir sobre el dominio de la producción de vocales.³¹

³⁰ Sánchez S. García B.M. Regal N. Metodología del trabajo logofoniatrico en el paciente fisurado labiopalatino. Rev. Cub. Ortod. 1999; 14: 7-12.

³¹ Segovia M.L. Op. Cit. Pag.16-17.

3.2 Frenillo lingual corto (Anquiloglosia)

Se define al frenillo lingual como un pliegue vertical de la mucosa, cordón o banda; se encuentra en la parte ventral media de la lengua, unido al piso de boca. El frenillo lingual corto limita los movimientos de la lengua y se debe al desarrollo anormal de la misma.^{32, 33}



Figura 7. Anquiloglosia. Limita los movimientos de la lengua.

Teja A. López R. Durán L. Cano A. Téllez J. Frenillo lingual corto o anquiloglosia. Acta Pediatr Mex 2011; 32: 355-356.

La anquiloglosia es definida como un frenillo lingual corto que va a restringir los movimientos de la lengua y va a producir trastornos del lenguaje.³⁴

Kotlow establece una clasificación para la anquiloglosia, valorando la distancia existente entre la inserción del frenillo en la cara ventral hasta la punta de la lengua.³⁵ (Cuadro 1)

CATEGORÍA	MEDIDA
Lengua libre normal	Mayor de 16 mm
Clase I: anquiloglosia leve	De 12 a 16 mm
Clase II: anquiloglosia moderada	De 8 a 11 mm
Clase III: anquiloglosia severa	De 3 a 7 mm
Clase IV: anquiloglosia completa	Menor de 3 mm

Cuadro 1. Clasificación según Kotlow.

Carolina E. Perea M. Frenillo lingual. ¿Cuándo es un problema? Odontol. Pediatr. 2010; 9: 71-77.

³² Carolina E. Perea M. Frenillo lingual. ¿Cuándo es un problema? Odontol. Pediatr. 2010; 9: 71-77.

³³ Teja A. López R. Durán L. Cano A. Téllez J. Frenillo lingual corto o anquiloglosia. Acta Pediatr Mex 2011; 32: 355-356.

³⁴ Pérez N. López M. Anquiloglosia en niños de 5 a 11 años de edad. Diagnóstico y tratamiento. Rev. Cub. Estomatol. 2002; 39: 282-301.

³⁵ Carolina E. Perea M. Op. Cit. Pág. 72.



Existe otra clasificación que divide al frenillo lingual corto.³⁶ (Cuadro 2)

LEVE	MODERADA	SEVERA
No interfiere con las funciones de la lengua: succión, masticación, deglución y fonación.	Dificultad para la alimentación; causa alteraciones mínimas en el lenguaje y en la posición de los dientes.	La lengua se encuentra fusionada con el piso de boca; dificultad para la succión y deglución.

Cuadro 2. Clasificación de frenillo lingual corto.

Teja A. López R. Durán L. Cano A. Téllez J. Frenillo lingual corto o anquiloglosia. Acta Pediatr Mex 2011; 32: 355-356.

El diagnóstico de esta alteración es fundamentalmente clínico; se realizan pruebas para verificar la movilidad de la lengua; pedir al paciente que toque el paladar duro o la cara palatina de los dientes anterosuperiores. Al protruir la lengua en los casos leve y/o moderado, la punta adopta forma de corazón, así mismo, se puede observar una zona isquémica en la punta de la lengua.³⁷

El sincronismo, la exactitud y la rapidez de los movimientos linguales son importantes para la articulación. El frenillo lingual corto dificulta la pronunciación de los sonidos linguales: /t/, /d/, /z/, /s/, /n/, /l/. La dislalia observada con mayor frecuencia es en la producción del fonema vibrante /r/. La causa es que el frenillo no permite que el tercio anterior de la lengua vibre contra el paladar, impidiendo el paso correcto del aire.^{38,39,40}

³⁶ Teja A. López R. Durán L. Cano A. Téllez J. Op. Cit. Pág. 355

³⁷ Teja A. López R. Durán L. Cano A. Téllez J. Ib.

³⁸ Carolina E. Perea M. Op. Cit. Pág. 74.

³⁹ Massana M. Op. Cit. Pag. 41.

⁴⁰ Teja A. López R. Durán L. Cano A. Téllez J. Op. Cit. Pag. 356.

3.3 Maloclusiones

La maloclusión se define como una alteración de la oclusión; es decir, una deficiente unión entre dientes superiores e inferiores que deberían contactar. Es importante tener en cuenta que la presencia de maloclusiones dificulta funciones como masticar, tragar y hablar.⁴¹

Según la OMS, las maloclusiones son consideradas como el tercer problema de salud oral dentro de las enfermedades bucales; por tal motivo la atención de problemas de lenguaje relacionado con maloclusiones es importante que se lleve a cabo de forma multidisciplinaria.



Figura 8. Clasificación de maloclusiones según Angle.

<http://doctorandrespna.com/vocabulario-odontologico/>

La relación entre los tejidos de soporte y la posición de los dientes son fundamentales en la fisiología del habla; debido a que los cambios de posición de estas estructuras la corriente de aire es afectada para producir el tono vocal y los sonidos.

La incorrecta articulación de vocales y consonantes puede ser atribuida a una mala adaptación funcional a la maloclusión dentaria.

Existen casos en que los pacientes presentan maloclusiones severas pero no dislalias; esto se debe a que la lengua y labios son capaces de adaptarse a las severas malposiciones dentarias.

⁴¹ Borrás S, Rosell V. Op. Cit. Pág. 19.



Gable realizó un estudio en niños de 8 a 10 años con pérdida prematura de incisivos centrales y laterales superiores deciduos; se encontró que los pacientes distorsionaban los fonemas /s/, /z/. También se obtuvo como resultado, que en pacientes con Clase II molar presentaron sustitución de // por /r/.

Graber menciona que la influencia de la maloclusión de Clase II división 1, con segmento premaxilar protrusivo, va a dificultar la producción normal de las consonantes bilabiales.

En presencia de mordida abierta, las consonantes bilabiales son afectadas debido a la separación habitual de los labios y el gran esfuerzo necesario para cerrarlos.

Los pacientes con Clase III presentan mayor dificultad para pronunciar el fonema /d/.⁴²

Harvold sugiere tres posibles mecanismos en los que la maloclusión y el habla se relacionan: desorden genético que afecte al sistema nervioso central que ocasione un control motor deficiente; problemas oclusales y/o esqueléticos aunado a un problema articulatorio, o bien, por una alteración morfogénica que tiene efecto sobre anomalías oclusales y estructuras que afecta la habilidad articulatoria.

Nicola en su artículo refiere que la mordida abierta provoca una alteración en el habla; es relacionada significativamente con el sonido de los fonemas /s/, /z/, /d/, //; al mismo tiempo, pueden presentar omisión, distorsión y principalmente sustitución de fonemas. También menciona relación significativa entre la sobremordida horizontal y las alteraciones articulares de la /s/.

⁴² Orozco L. Cardoso M. Sánchez C. Moreno W. Moreno G. García P. Problemas del lenguaje relacionados con maloclusiones. Rev. Esp. en Cienc. de la Sal. 2006; 9: 30-35.



Tachimura reporta en su investigación, la relación que existe entre la pérdida prematura de los incisivos superiores con las alteraciones articulares de la /l/, /d/, /n/, /r/.⁴³

El sigmatismo lateral se acompaña frecuentemente de prognasias mandibulares, laterognasias y dientes vestibularizados. En niños con posición distal de la mandíbula asociada a una protrusión de la arcada maxilar superior; en la mordida abierta anterior y diastemas anteriores, es común que exista sigmatismo interdentario.⁴⁴

⁴³ Álvarez L. Oropeza P. Pérez H. Op. Cit. Pág. 25, 28.

⁴⁴ Segovia M.L. Op. Cit. Pág. 18-19.



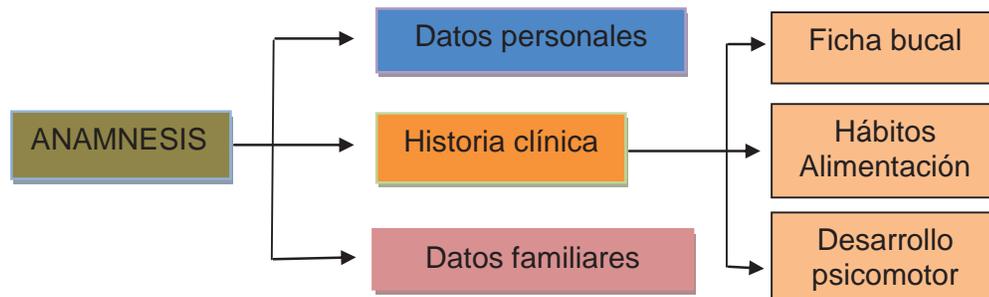
4 TRATAMIENTO

4.1 Diagnóstico

Debido a que las causas que ocasionan dislalias son múltiples, es fundamental detectar en cada caso los síntomas significativos y los puntos de arranque de donde ha surgido el problema; para que el tratamiento del mismo vaya dirigido a todos aquellos aspectos en los que existe un déficit o deterioro, con un enfoque pluridimensional, que no sólo corrija el efecto, también debe corregir la causa.

- **Anamnesis:**

Conocer la situación personal y familiar del niño a través de los datos proporcionados por los padres. En la entrevista con los padres referida a un trastorno del lenguaje infantil, no sólo debe basarse en datos estrictamente lingüísticos, sino en datos referidos a la maduración general.



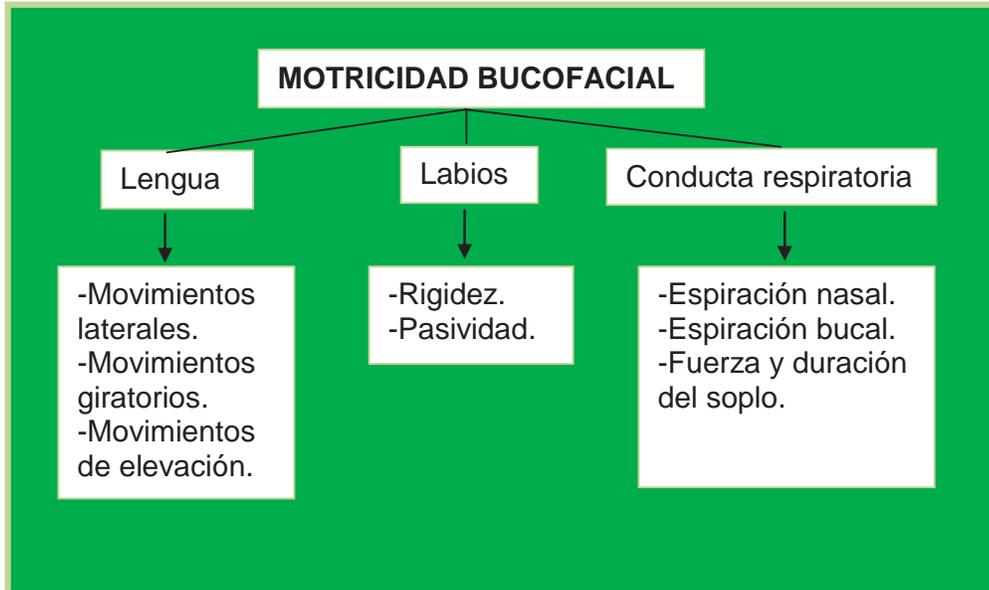
- **Articulación:**

El examen de la articulación será completo y sistemático; es necesario precisar la situación del fonema problema. Asimismo se deben seleccionar distintos procedimientos para explorar procesos y funciones del lenguaje, se pueden utilizar listas de palabras, objetos, dibujos y preguntas dirigidas al niño para observar cómo habla.

- **Psicomotricidad:**

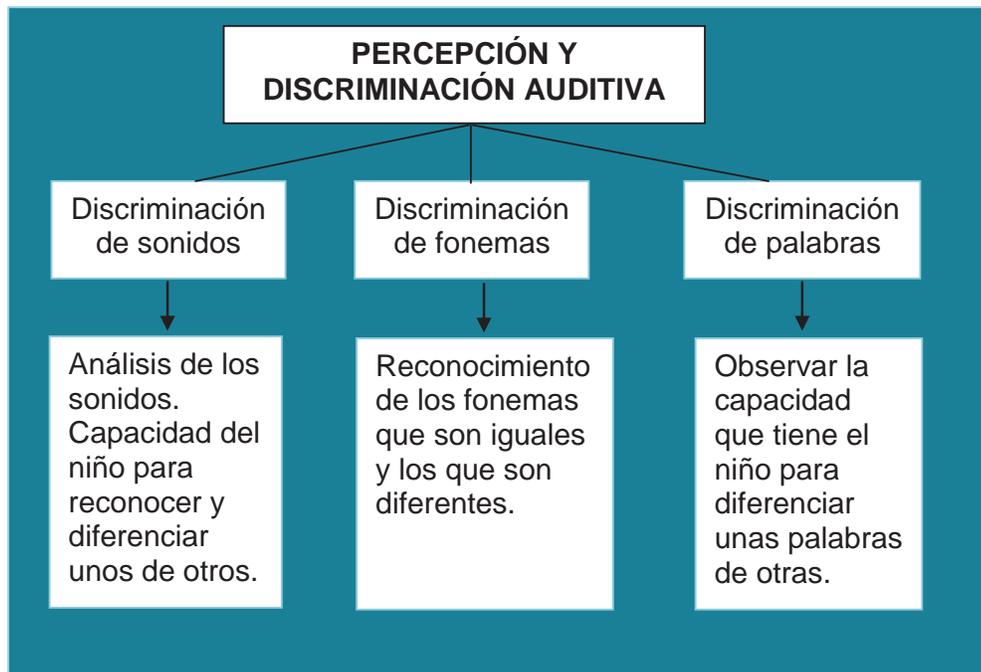
Es de vital importancia realizar un análisis de las conductas motrices de base y de la motricidad bucofacial, interesando conocer también la conducta deglutoria, respiratoria y la capacidad de relajación.

Para analizar la motricidad bucofacial es preciso determinar el grado de movilidad que existe en los órganos activos de la articulación.



• **Percepción y discriminación auditiva:**

Este factor puede ocasionar trastornos en el habla, por lo tanto, es necesario analizarlo.





Un buen diagnóstico nos dará la pauta para aplicar el tratamiento correcto en los diferentes casos de dislalias.⁴⁵

4.2 Pronóstico

Dependerá de:

- ❖ Un buen diagnóstico que permita atacar los puntos precisos para solucionar el problema.
- ❖ Atención oportuna del problema, con la finalidad de evitar la formación de un sistema fonológico vicioso.

En la mayoría de los casos, el pronóstico es favorable; siempre y cuando el paciente y su familia acepten y lleven a cabo el tratamiento odontológico-logopédico correspondiente y oportuno.⁴⁶

4.3 Tratamiento odontológico-logopédico

4.3.1 Relación odontología-logopedia

La relación que existe entre estas dos disciplinas se basa en el estudio de las funciones orales, como la masticación, respiración, succión y deglución, las cuales crean un vínculo entre estas profesiones.

Es importante unir la logopedia a la práctica odontológica con el propósito de buscar siempre el equilibrio del sistema estomatognático, así como la promoción de la salud integral y armónica de los pacientes.

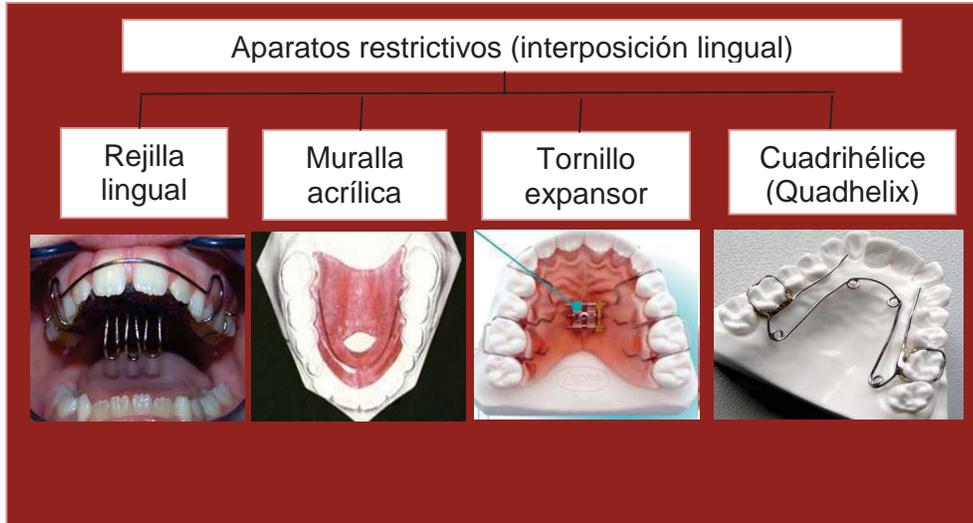
En el caso de las dislalias, esta relación es fundamental, ya que el odontólogo se encargará de modificar los hábitos y/o alteraciones orgánicas en el paciente, y el logopeda trabajará la rehabilitación miofuncional que va dirigida a las funciones alteradas, ajustando la función del habla.

⁴⁵ Pascual, P. Op. Cit. Págs. 51- 62.

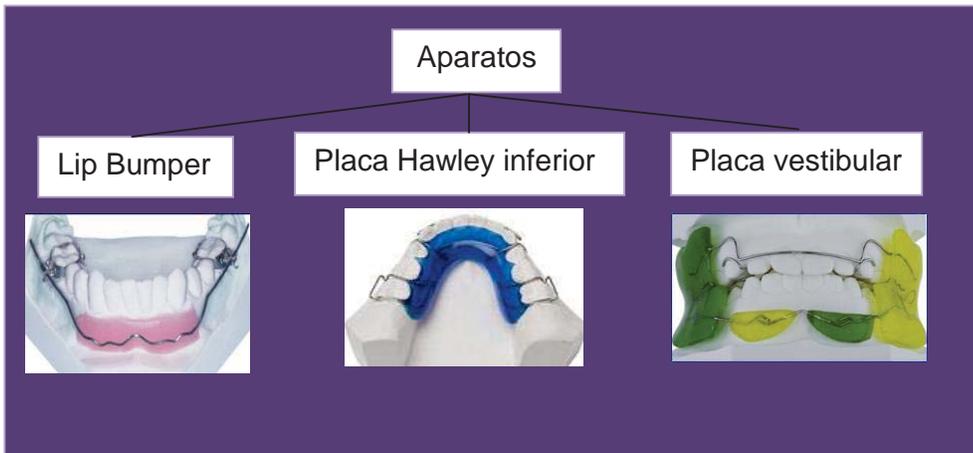
⁴⁶ Barros A. Flores F. Dislalia ¿Problema de lenguaje o problema de habla? Rev. Chil. Ped. 1974; 45: 501-504.

4.3.2 Tratamiento para la deglución atípica:

Entre las posibilidades terapéuticas odontológicas para la deglución con presión atípica de la lengua se encuentran:



Para la deglución con presión atípica del labio inferior:



Es importante señalar, que el uso de aparatología fija o removible se deberá colocar bajo los parámetros de respeto por el niño, bajo la aceptación y conocimiento de los efectos de la misma en su boca; siendo de vital importancia la cooperación de los padres.

Al resolver los hábitos que se relacionan con la deglución atípica se pueden disminuir las consecuencias de esta afección, y por consiguiente las maloclusiones ocasionadas por ella.

Además del tratamiento para arreglar la presencia de maloclusiones; el tratamiento para la deglución atípica también consiste en la terapia miofuncional que tiene que llevarse a cabo entre el odontólogo y el fonoaudiólogo.^{47,48}

La terapia miofuncional se puede definir como el conjunto de procedimientos y técnicas para reeducar patrones musculares inadecuados.⁴⁹

Consiste en una serie de ejercicios cuyo objetivo es eliminar los esquemas neuromusculares de hábitos no funcionales y fijar nuevos, enfocados; en este caso, a establecer un patrón de deglución fisiológico normal; rehabilitando la función y posición de los músculos de la lengua, paladar blando, mejillas y labios.

Las cuatro etapas básicas del tratamiento mioterápico son:

- Ejercicios musculares en órganos fonoarticulatorios para adecuar movilidad y tono.
- Entrenamiento de la posición de labios y lengua en reposo.
- Entrenamientos de los nuevos patrones de deglución y fonación.
- Mantenimiento de los patrones aprendidos.^{50,51}

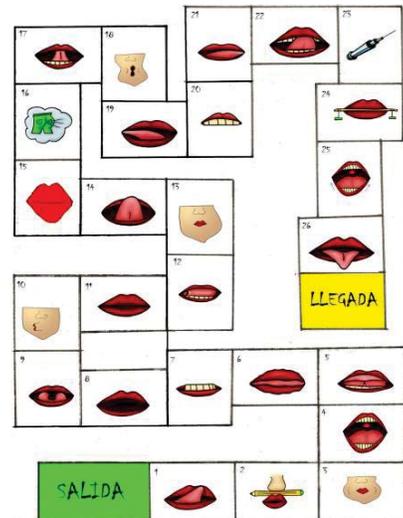


Figura 9. Tabla de ejercicios para la correcta deglución.

<https://fonoaudiologopedia.wordpress.com>

⁴⁷ Alarcón A. Deglución atípica. Revisión de la literatura. Act. Odont. Venez. 2013; 51.
⁴⁸ Martín, Z.L., García, P.S., Éxposito, M.I., Estrada, V.V., Pérez, L.I. Y. Op. Cit. Pág. 8.
⁴⁹ Segovia M.L. Op. Cit. Pág. 168.
⁵⁰ Alarcón A. Op. Cit.
⁵¹ Toledo N.Z, Dalva L. Logopedia y ortopedia maxilar en la rehabilitación orofacial. Tratamiento precoz y preventivo. Terapia miofuncional. 1era edición 2000. Editorial Masson. Pág. 51 Pp. 1- 113.



4.3.3 Tratamiento para la respiración bucal

El paciente respirador bucal debe ser atendido por un equipo multidisciplinario que sea capaz de abordarlo desde las diferentes instancias que implica; y así lograr el bienestar integral del paciente.

Dentro de las especialidades que deben conformar este equipo se encuentran: el pediatra, el otorrinolaringólogo, odontólogo y el logopeda o fonoaudiólogo.

El odontólogo será el encargado de monitorear el crecimiento craneofacial, orientar a la familia en el seguimiento de estos niños; también será el encargado de organizar las interconsultas necesarias con las demás especialidades.

La intervención del fonoaudiólogo juega un papel importante en el tratamiento de estos pacientes, ya que la respiración bucal provoca sigmatismos.

Para corregir este hábito, se debe:

- Motivar al paciente a realizar todos los días ejercicios de respiración profunda a través de la nariz aumentando su duración.
- Indicar el uso de aparatología:

Puede usarse la pantalla vestibular para forzar la respiración nasal, sobre todo cuando el paciente está dormido y puede respirar inconscientemente por la boca; de igual manera pueden utilizarse los aparatos llamados Trainer para impedir el paso del aire por la boca; al mismo tiempo se van corrigiendo problemas relacionados con la oclusión y le proporciona al niño activación muscular. Como tratamiento correctivo de maloclusiones propias del respirador bucal se realiza la expansión maxilar a través de la utilización de placas de expansión fijas o removibles.⁵²

⁵² Simoes A.N. Op. Cit. Págs. 8,9.

- Terapia miofuncional:

Por medio de ejercicios que fortalezcan los músculos peribucales para que los labios se mantengan juntos. El tratamiento miofuncional debe iniciar a una edad adecuada.

Se realiza el ejercicio de:

- a) Trozo de tela: su objetivo es lograr el sellado labial. El paciente debe mantener entre los labios un trozo de tela sin apretarlos. Para trabajar la posición de reposo de los labios y lengua.
- b) Pitillo (popote): para aumentar la tonicidad de músculos buccinadores. Se indica en pacientes con incompetencia labial.
- c) Esponja: estimula el sellado labial; aumenta el tono muscular de los labios y su tonicidad. Indicado cuando existe incompetencia labial.⁵³

Después de que la respiración esté más facilitada, se realizan ejercicios para adecuar el tono lingual y entrenar su posición de reposo. Los ejercicios de masticación y fonación se realizan durante esta etapa.⁵⁴

Un dispositivo que puede actuar como restaurador y promotor de la respiración son los estimuladores nasales; la indicación de su uso será de régimen nocturno. (Fig. 9). También pueden usarse los obturadores bucales para impedir progresivamente la respiración bucal. (Fig. 10)⁵⁵

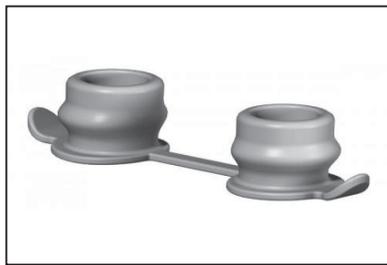


Figura 10. Estimuladores nasales

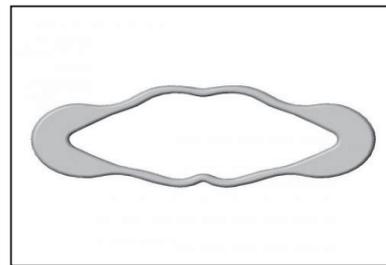


Figura 11. Obturador bucal

Boj J. Catalá M. García C. Mendoza A. Planells P. Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven. 1ª edición 2011. Editorial Médica Ribano.

⁵³ García J. Djuric A. Quirós O. Molero L. Alcedo C. Tedaldi J. Hábitos susceptibles de ser corregidos mediante Terapias Miofuncionales. Rev. Lat. de Orto. y Odontop. 2010; <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art21.asp>.

⁵⁴ Simoes A.N. Op. Cit. Pág. 9

⁵⁵ Boj J. Catalá M. García C. Mendoza A. Planells P. Op. Cit. Pág. 527.



4.3.4 Tratamiento para succión digital

Existen diversas terapéuticas para este hábito:

- Dispositivos ortodóncicos:

Recordatorios intraorales no agresivos que deben permanecer en boca hasta tres o cuatro meses después de haber erradicado el hábito para minimizar la posibilidad de recidivas.

Rejilla lingual: Es el más clásico, actúa de forma pasiva como barrera mecánica, ya que no le impide al niño que ponga su dedo en boca, pero no le permite la succión ni el masaje palatal; este aparato no conduce a la reeducación neuromuscular; es decir, no reeduca el cierre labial, ni la posición lingual, no actúa sobre los buccinadores y mucho menos sobre la fisiología de la deglución. (Fig. 12)

Quad-helix con rejilla: se utiliza cuando el hábito de succión digital, está asociado a una compresión maxilar con presencia de mordida cruzada posterior. Se le pueden agregar elementos auxiliares como una rejilla lingual que actúa a modo de pantalla que impide la succión digital. (Fig.13)

Aparato Bluegrass: es usado tanto en dentición mixta y permanente para el control de éste hábito. Tiene como ventaja que el rodillo actúa como un estimulante neuromuscular para la lengua, de manera que ayuda a los pacientes en el habla. (Fig. 14)

Aparato de Graber: su objetivo es eliminar la satisfacción neuromuscular asociada al hábito de succión digital.⁵⁶

La aparatología bucal se debe elegir en base a un previo estudio clínico del paciente, conociendo la edad, herencia, estudio cefalométrico, predisposición psicológica del niño y a la colaboración de los padres.

⁵⁶ Boj J. Catalá M. García C. Mendoza A. Planells P. Op. Cit. Pág. 537-539.

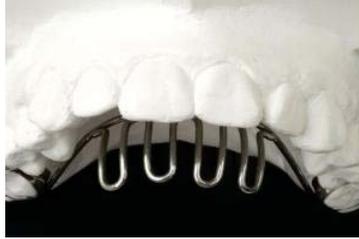


Figura 12. Rejilla lingual.

<http://laboratorioceosa.com/para-habitos/>



Figura 13. Quadhélix



Figura 14. Bluegrass

Boj J. Catalá M. García C. Mendoza A. Planells P.
Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven. 1ª edición 2011. Editorial Médica Ripano.

- Rehabilitación miofuncional.^{57,58}

También se sugiere dar un incentivo o premio al niño por cada día que consiga no realizar el hábito, además de hacer un calendario dónde se vea la evolución del niño en el cese de la succión digital.⁵⁹ (Fig. 15)



Figura 15. Calendario para motivar el cese del hábito de succión digital.

4.3.5 Tratamiento para succión labial

El tratamiento odontológico consiste en utilizar un Lip Bumper, el cual es un aparato fijo y pasivo que posee un escudo de acrílico en el sector anterior. Este aparato va a separar el labio de los dientes anteroinferiores produciendo una expansión espontánea de dicha arcada; por lo tanto va a influenciar favorablemente el desarrollo de la arcada inferior.

⁵⁷ Romero M. Romero P. Pardo A. Sáez M. Tratamiento de la succión digital en dentición temporal y mixta. RCOE, 2004; 9: 77-82.

⁵⁸ Segovia M.L. Op. Cit. Pág. 125-126.

⁵⁹ Boj J. Catalá M. García C. Mendoza A. Planells P. Op. Cit. Pág. 536.



El tratamiento logopédico se enfoca a la terapia miofuncional.⁶⁰

4.3.6 Tratamiento para alteraciones masticatorias

Cuando las alteraciones masticatorias se deben a pérdida prematura de órganos dentarios, una opción de tratamiento es la prótesis dental; ya que restablece la función masticatoria al permitir una alimentación de calidad, favoreciendo el crecimiento y desarrollo general del paciente infantil. Además evitará las alteraciones en la fonación que son producto de las alteraciones masticatorias.⁶¹

Cuando el dolor es el causante de las alteraciones masticatorias, se sugiere un tratamiento sencillo, conservador y reversible, que comprende la educación del paciente, terapia física y modificación de conductas.

Se sugiere realizar ejercicios para fortalecer los músculos masticatorios con el uso de mordedores de goma o silicona, conjuntamente con la masticación de chicles y la masticación de alimentos duros, potenciará la musculatura.⁶²

4.3.7 Tratamiento para labio y paladar fisurado

El odontólogo, el niño y el fonoaudiólogo trabajan en íntima relación desde el nacimiento; uno para orientar el crecimiento facial y el otro para lograr que las funciones orales sean lo más normales posibles.

Se debe tener presente que rehabilitar a un paciente fisurado no sólo es conseguir que tenga un aspecto normal, la importancia del tratamiento radica en que el niño realice una masticación adecuada, deglución normal y habla satisfactoria, para que de esta manera pueda llegar a sentirse seguro de sí mismo y pueda enfrentar la problemática que requiere la vida en el mundo actual.⁶³

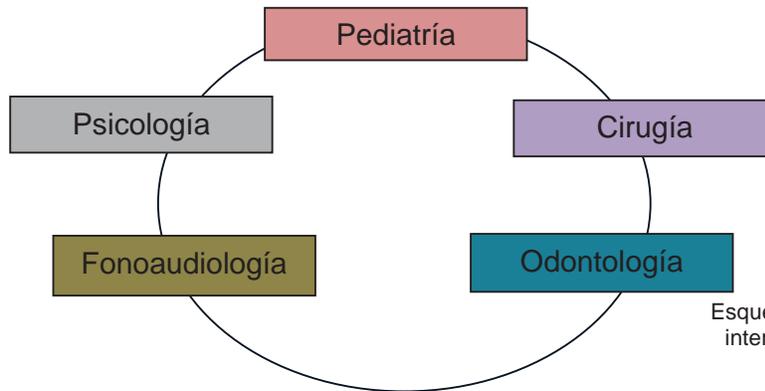
⁶⁰ González M.F. Guida G. Herrera D. Quirós O. Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. Revisión bibliográfica. Rev. Lat. de Ort. y Odontop.

⁶¹ Boj J. Catalá M. García C. Mendoza A. Planells P. Op. Cit. Págs. 509-510.

⁶² Toledo N.Z, Dalva L. Op. Cit. Pág. 532.

⁶³ Segovia M.L. Op. Cit. Págs. 197-198.

La terapéutica requiere un grupo de profesionales que actúen en diferentes áreas; esto se conoce como un equipo interdisciplinario.⁶⁴



Esquema 2. Equipo interdisciplinario.

Biondi A. Cortese S. Odontopediatría. Fundamentos y prácticas para la atención integral personalizada. 1ª edición 2010. Editorial Alfaomega.

Tratamiento odontológico:

Consiste en la instalación de una placa de acrílico en la boca del bebé recién nacido lo antes posible, se trata de un tratamiento ortopédico funcional. El tratamiento ortopédico permitirá una regularización en la forma de las arcadas dentales, ayuda a corregir deformidad ósea y neutraliza las fuerzas musculares que actúan de forma descontrolada debido a la falta de continuidad en el esfínter peribucal.

La colocación de la placa ortopédica está indicada para lograr que el sistema estomatognático trabaje de la forma más equilibrada posible.

Los objetivos del tratamiento ortopédico son:

- Facilitar la alimentación.
- Obturar la comunicación constante entre las cavidades bucal y nasal.
- Equilibrar las funciones del sistema estomatognático.
- Reposicionar la musculatura lingual.
- Guiar la erupción dental.
- Estimular y orientar el crecimiento orofacial.
- Prevenir colapso maxilar.

⁶⁴ Biondi A. Cortese S. Op. Cit. Pág. 396



Tratamiento quirúrgico:

La mayoría de las veces, la intervención quirúrgica se realiza a las pocas semanas de nacer, siempre y cuando tenga el peso adecuado. Será el cirujano maxilofacial quien restablezca las estructuras anatómicas afectadas.⁶⁵

Tratamiento logopédico:

El foniatra es el encargado de explorar, valorar y determinar la conducta a seguir con el paciente, indicando que tipo de ejercicios funcionales son los más adecuados para corregir y habilitar la fisiología del habla y la voz.

El tratamiento logopédico estará encaminado a:

- Mejorar la motricidad articular labial y lingual.
- Confeccionar un plan de estimulación cognitivo general que abarque diferentes ramas como son la social, la motora, la cognoscitiva y la del lenguaje.
- Reforzamiento del uso de los órganos articulatorios ejercitando la masticación, movilidad lingual en las cuatro direcciones y el chupeteo.
- Ampliar y estimular el vocabulario activo y pasivo del niño.

En el periodo prequirúrgico los logopedas orientan a los padres y enfermeras sobre la alimentación del bebé. Los aspectos más importantes son:

- Posición del lactante: será lo más incorporada posible, para evitar el reflujo de la leche hacia la cavidad nasal.
- Tipo de biberón: se aconseja utilizar el biberón con tetina ortodóncica por dos razones: la tetina ortodóncica no se introduce en la fisura y su forma ancha estimula las dos láminas palatinas.

⁶⁵ Mallen D. Trastornos del habla secundarios a un déficit instrumental. Jornadas de orientación e intervención psicopedagógica 2007.
<http://www.quadernsdigitals.net/index.php?accionMenu=hemeroteca.VisualizaArticuloIU>.



- Masajes en el labio: realizarlos en el sentido de su cierre. Se solicita a los padres que los realicen varias veces al día.

Durante el periodo posquirúrgico se realizan:

- Masajes: para mejorar la cicatrización y estimular la musculatura. Otra opción es realizar ligeros masajes circulares sobre la cicatriz.
- Cambios en la alimentación: En este apartado, es fundamental el uso de placas obturadoras ya que facilitan la alimentación y disminuye el reflujo nasofaríngeo. Los cambios en la consistencia alimentaria resultan de gran importancia en la maduración de la musculatura orofacial y en el desarrollo de nuevas funciones orales.
- Enseñar a sorber: se debe cortar una pajita por la mitad. Se introduce al agua y se coloca en la boca del niño; el logopeda imita el sonido de sorber. Cuando el niño intente imitar el sonido, se destapa el orificio superior para que sorba el líquido.
- Dirección del soplo: se utilizan ejercicios estimulantes que al principio enseñan a dirigir el aire y después a mantenerlo durante un tiempo.⁶⁶
- Articulación correcta: se enfoca a conseguir un control voluntario de las actividades musculares; establecer un control y ritmo de la respiración; movilizaciones pasivas y activas del paladar; terapia del habla intensiva y mejorar la voz. Ésta última se refiere a reducir la fuga nasal y mejorar la coordinación fonoarticulatoria para establecer una voz adecuada. Por último se debe aumentar la claridad e inteligibilidad del discurso.⁶⁷

⁶⁶ Toledo N.Z, Dalva L. Op. Cit. Págs. 88-93.

⁶⁷ Mallen D. Op. Cit.



4.3.8 Tratamiento para frenillo lingual corto (anquiloglosia)

Ante la presencia de un frenillo lingual que produce una anquiloglosia moderada en un paciente de edad temprana se recomienda el tratamiento conservador mediante fisioterapia miofuncional que consiste en una serie de ejercicios que aumentará la motilidad lingual.

Para el frenillo lingual se recomienda chasquear la punta de la lengua; el paciente debe realizar una serie de chasquidos con la punta de la lengua contra el paladar duro, manteniendo la boca abierta. Se hará repetir el ejercicio con la boca cerrada. A continuación se realiza una succión de la lengua contra el paladar duro, abriendo y cerrando la boca, sin dejar de mantener la lengua succionada. Con esta serie de ejercicios se trabaja la elasticidad del frenillo lingual.

Otro ejercicio que debe realizar el paciente, es sacar la lengua y estirla lo máximo posible, sin tocar en los dientes ni en los labios. También llevará a cabo movimientos laterales y girará la lengua con la boca cerrada.^{68,69}

Tratamiento quirúrgico: en el lactante sólo se indica la intervención quirúrgica si ésta imposibilita su adecuada alimentación.

En el caso de dislalias producidas por anquiloglosia se recomienda que antes de optar por la cirugía, se indique terapia de lenguaje y fisioterapia miofuncional.⁷⁰

⁶⁸ Carolina E. Perea M. Op. Cit. Pág. 75.

⁶⁹ Toledo N.Z, Dalva L. Op. Cit. Págs. 64-66.

⁷⁰ Carolina E. Perea M. Op. Cit. Pag. 75.



4.3.9 Tratamiento para maloclusiones

Existen dos tipos de tratamiento para las maloclusiones:

- Terapia miofuncional
- Aparatología.

Existen distintos tipos de aparatos:

- a) Fijos: adheridos sobre los dientes; se pueden combinar con otros tipos de ortodoncia, se realizan todo tipo de movimientos.
- b) Removibles: producen una acción intermitente; el paciente puede manipular su colocación y el retiro de la placa activa, que es el aparato más usado. La aparatología removible está indicada en caso de mordida cruzada sin hipoplasia; en edades tempranas y como primera fase de tratamiento.
- c) Funcionales: modifican el funcionamiento del sistema sobre el que actúan; por lo tanto al modificar la función de los músculos masticatorios y de la cara proporcionan un medio más favorable para los maxilares en crecimiento. Con el uso de este aparato se pretende corregir y armonizar el desarrollo de la cavidad bucal.

El tratamiento temprano y oportuno de las maloclusiones es el más deseable; siempre y cuando se proceda con un buen diagnóstico.^{71,72}

⁷¹ Borrás S, Rosell V. Op. Cit. Págs. 26-27.

⁷² Boj J. Catalá M. García C. Mendoza A. Planells P. Op. Cit. Págs. 555,559.



CONCLUSIONES

El estudio de dislalias es de gran importancia e interés para que el profesional sea capaz de identificar el problema o alteración que está provocando que el niño presente patologías en el habla.

Es fundamental que los cirujanos dentistas veamos más allá y no sólo nos enfoquemos a problemas de caries; que estemos conscientes que hábitos y/o alteraciones que observamos con frecuencia, además de ser causantes de maloclusiones también son determinantes en los problemas de lenguaje.

Debemos contar con el conocimiento necesario para realizar un buen diagnóstico y establecer el tratamiento adecuado, sin olvidar que éste será integral, por lo tanto, tenemos que consultar a nivel interdisciplinario con otras especialidades, todo ello para lograr el bienestar y rehabilitación del paciente infantil.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pascual, P. La dislalia. Naturaleza, diagnóstico y rehabilitación. 1era edición 1985, Editorial Ciencias de la educación preescolar y especial, Madrid.
2. Álvarez, L, Oropeza, P, Pérez, H. Trastornos del habla asociados a maloclusión dental en pacientes pediátricos. Rev. Odon. Mex. 2005; 9: 23-29.
3. Céspedes, C.E. Trastornos del lenguaje oral. Rev. Dig. 2011; 38:1-9
4. Cab, A. I, Campechano, E, Flores, Y.G., López, C.A., Zamora, R.O., Reyes, A., Vaillard, E. Dislalia asociada a hábitos orales. Rev. Oral. 2012; 41: 865-869.
5. Segovia, M.L., Interrelaciones entre la odontoestomatología y la fonoaudiología. La deglución atípica. 2ª edición, Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana.
6. Agurto V. P., Díaz M. R., Cádiz D. O., Bobenrieth K. F. Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. Rev. chil. pediatr. 1999; 70: 470-482.
7. Pastor, T. (2008) Tesis doctoral [en línea] <http://hdl.handle.net/10803/9263> Capítulo I: Análisis y descripción de la respiración: diferencia entre la respiración oral y la respiración nasal.
8. Martín, Z.L., García, P.S., Éxposito, M.I., Estrada, V.V., Pérez, L.I. Y. Deglución anormal: algunas consideraciones sobre este hábito. Rev. A.M.C., 2010; 14: 1-10.
9. Boj J. Catalá M. García C. Mendoza A. Planells P. Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven. 1era edición 2011. Editorial Médica Ripano.
10. Simoes A.N. Respiración bucal. Diagnóstico y tratamiento ortodóntico interceptivo como parte del tratamiento multidisciplinario. Revisión de literatura. Rev. Lat. de Ort. Y Odont. 20014; 1-11.



11. Toledo N.Z, Dalva L. Logopedia y ortopedia maxilar en la rehabilitación orofacial. Tratamiento precoz y preventivo. Terapia miofuncional. 1era edición 2000. Editorial Masson
12. Borrás S, Rosell V. Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados. 1era ed. Editorial Nau libres.
13. Massana M. Trastornos del lenguaje secundarios a un déficit instrumental: Déficit mecánico articulatorio. Rev. Neurol. 2005; 41:39-42.
14. Villanueva P. Fonoaudiología: Algo más que fonarticulación. Rev. Chil. Ort. 2000; 17: 102-11.
15. Biondi A. Cortese S. Odontopediatría. Fundamentos y prácticas para la atención integral personalizada. 1era edición 2010. Editorial Alfaomega.
16. Sánchez S. García B.M. Regal N. Metodología del trabajo logofoniatrico en el paciente fisurado labiopalatino. Rev. Cub. Ortod. 1999; 14: 7-12.
17. Carolina E. Perea M. Frenillo lingual. ¿Cuándo es un problema? Odontol. Pediatr. 2010; 9: 71-77.
18. Teja A. López R. Durán L. Cano A. Téllez J. Frenillo lingual corto o anquiloglosia. Acta Pediatr Mex 2011; 32: 355-356.
19. Pérez N. López M. Anquiloglosia en niños de 5 a 11 años de edad. Diagnóstico y tratamiento. Rev. Cub. Estomatol. 2002; 39: 282-301.
20. <http://doctorandrespena.com/vocabulario-odontologico/>
21. Orozco L. Cardoso M. Sánchez C. Moreno W. Moreno G. García P. Problemas del lenguaje relacionados con maloclusiones. Rev. Esp. en Cienc. de la Sal. 2006; 9: 30-35.
22. Barros A. Flores F. Dislalia ¿Problema de lenguaje o problema de habla? Rev. Chil. Ped. 1974; 45: 501-504.
23. <https://fonoaudiologopedia.wordpress.com>
24. Alarcón A. Deglución atípica. Revisión de la literatura. Act. Odont. Venez. 2013; 51.



25. García J. Djurisic A. Quirós O. Molero L. Alcedo C. Tedaldi J. Hábitos susceptibles de ser corregidos mediante Terapias Miofuncionales. Rev. Lat. de Orto. y Odontop. 2010; <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art21.asp>.
26. <http://laboratorioceosa.com/para-habitos/>
27. Romero M. Romero P. Pardo A. Sáez M. Tratamiento de la succión digital en dentición temporal y mixta. RCOE, 2004; 9: 77-82.
28. González M.F. Guida G. Herrera D. Quirós O. Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. Revisión bibliográfica. Rev. Lat. de Ort. y Odontop.
29. Mallen D. Trastornos del habla secundarios a un déficit instrumental. Jornadas de orientación e intervención psicopedagógica 2007. <http://www.quadernsdigitals.net/index.php?accionMenu=hemeroteca.VisualizaArticuloIU>.