



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

RELACIÓN DEL ODONTÓLOGO CON EL TERAPEUTA DEL
LENGUAJE.

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:

NANCY FLORES ALCANTARA

TUTORA: Dra. MIRELLA FEINGOLD STEINER

ASESORA: Esp. ALBA ESTELA BASURTO CALVA



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.

Índice.

Introducción.	1
Objetivos	2
1. ¿Qué es y qué implica el acto de hablar?	3
1.1 El acto de hablar.	3
1.2 Etapas del desarrollo del habla y el lenguaje.	5
2. Órganos articuladores que intervienen en el mecanismo oral en función del habla.	9
2.1 Lengua.	9
2.1.1 Importancia de la lengua como órgano articulador.	12
2.2 Labios.	14
2.3 Dientes.	16
2.4 Paladar duro y blando.	22
2.5 Úvula y cuerdas vocales.	23
3. Alteraciones genéticas estructurales que afectan el lenguaje.	25
3.1 Anquiloglosia.	25
3.1.1 Consecuencias bucales y cognitivas.	27
3.2 Fisura labio- palatina.	28
3.2.1 Consecuencias bucales y cognitivas.	30
4. Alteraciones miofuncionales orofaciales que afectan el lenguaje	31
4.1 Respiración bucal.	31
4.1.1 Consecuencias bucales y cognitivas.	32
4.2 Deglución atípica.	33
4.2.1 Consecuencias bucales y cognitivas.	34
4.3 Succión digital y uso prolongado de chupón y biberón.	35
4.3.1 Consecuencias bucales y cognitivas.	37
5. Terapia del lenguaje.	37
5.1 Función del terapeuta del lenguaje.	39
5.2 Trastornos del lenguaje.	40

6. Rehabilitación integral: La relación entre el odontólogo y el terapeuta del lenguaje..... 43

7. Infografía “Succión digital” 45

Conclusiones. 46

Referencias bibliográficas 47

Introducción.

Día a día el C.D. adquiere más preparación en cuanto a su profesión, siendo consciente de que para obtener un mejor resultado en algunos tratamientos orales será necesaria la intervención de otras disciplinas. Actualmente, dependiendo del paciente, el odontólogo recurre a la ayuda de otros especialistas de otras áreas del conocimiento relacionadas al padecimiento por resolver, ya que en conjunto ofrecen al paciente una rehabilitación más completa, disminuyendo así posibles recidivas en las alteraciones que ocasionaron sus problemas bucales.

El propósito de este trabajo de investigación bibliográfica es identificar alteraciones no neurológicas del lenguaje que nos llevarán de la consulta pediátrica a la consulta odontológica y logopédica, detectar las alteraciones estructurales bucales que afectan la articulación de las palabras, así como dar a conocer la íntima relación que hay entre el odontólogo y el terapeuta del lenguaje.

Objetivo General.

Describir la relación que existe entre el odontólogo y el terapeuta del lenguaje.

Objetivos Específicos.

- * Identificar los órganos articuladores que intervienen en el proceso del habla.
- * Reconocer las alteraciones genéticas estructurales que afectan el proceso del habla.
- * Reconocer las alteraciones miofuncionales orofaciales que afectan el proceso del habla.
- * Identificar las alteraciones del lenguaje y su relación con la atención odontológica.

1. ¿Qué es y qué implica el acto de hablar?

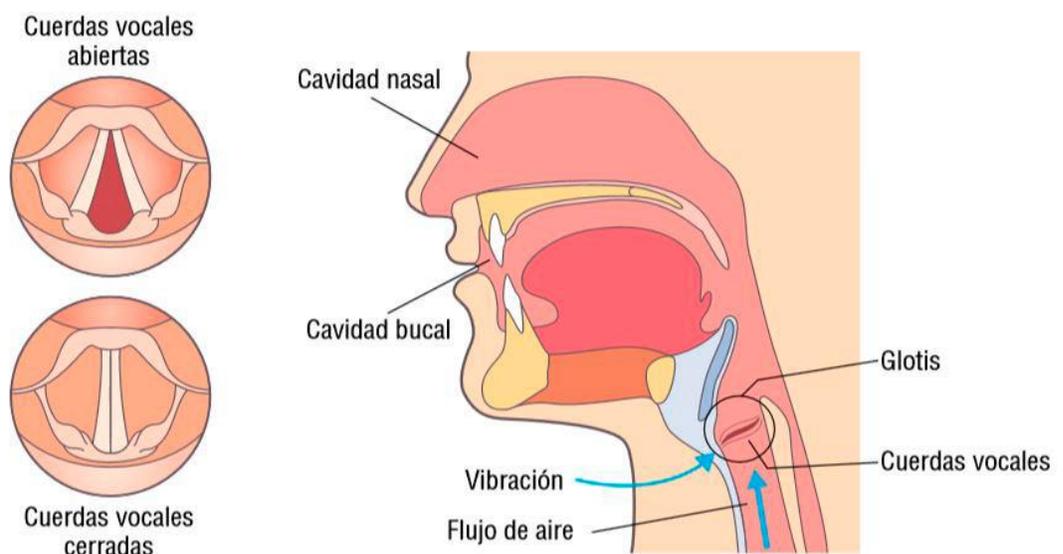
El acto de hablar es aquella acción que consiste en la emisión de sonidos que sirven como herramienta para comunicarse, interactuar con otras personas para expresar diferentes cuestiones o lograr algo, depende de la intención comunicativa. Implica una serie de procesos mecánicos y fisiológicos para la emisión de estos sonidos.

1.1 El acto de hablar.

Para que este proceso comunicativo se dé y se emita el sonido que da lugar a las palabras, deben funcionar en conjunto el cerebro y todos los elementos del aparato fonador compuesto por: Cuerdas vocales, la laringe, cavidad oral y el aparato respiratorio de la siguiente manera y orden. (Figura 1.)

Figura 1. Aparato fonador

<https://www.doctorchozas.es/noticias/82-como-se-produce-la-voz>



Primero, se debe espirar para crear una presión subglótica la cual al vencer la presión de las cuerdas vocales; harán que estas vibren, la intensidad de la voz dependerá del volumen de aire espirado. En segundo lugar en la laringe debe darse un cierre de la glotis adecuado (ni tenso ni relajado); de acuerdo con el número de veces que las cuerdas vibren, se produce el tono; este sonido que crea la laringe, no es más que un simple zumbido que luego sufre una modificación en la caja de resonancia de la nariz, la boca y garganta (naso-buco-faríngea), en la que se amplifica y se forma el timbre de voz. ¹

Los órganos articuladores (labios, dientes, paladar duro, velo del paladar, mandíbula) van finalmente a moldear esa columna sonora, transformándola en sonidos y articulaciones del habla; es decir, en fonemas, sílabas y palabras. Éste proceso de articulación, donde el sonido generado por las cuerdas vocales se transforma en voz que a su vez forman las palabras, es el responsable de los casi 150 sonidos diferentes que se pueden crear en las lenguas del mundo, estos sonidos o fonemas se dividen en dos grupos:¹

Vocales. Se dan cuando el aire que hace vibrar las cuerdas vocales no son interrumpidas y pasan por la boca, sin modificación alguna más que el cierre o apertura de esta, estas vocales son /a/e/i/o/u/. A su vez estas vocales se dividen en dos tipos que son orales (/a/e/o/) y nasales (/i/u/). Caso contrario los fonemas que sí sufren una modificación en su paso por la boca, se les conoce como consonantes.¹

1.2 Etapas del desarrollo del habla y el lenguaje.

Es en los primeros años de vida cuando se va adquiriendo la habilidad de hablar ya que el cerebro está en pleno desarrollo y maduración, este proceso mejora si el niño es expuesto al mundo, rodeado de sonidos, imágenes y al lenguaje.

Toda esta fase del desarrollo del lenguaje parte desde el nacimiento, cuando el bebé entiende que si llora se le va a dar alimento o serán atendidas sus necesidades, también, comienza a reconocer sonidos familiares como son la voz de la madre o de las personas que conviven frecuentemente con ellos, así, hasta que a la edad aproximada de 6 meses ya reconocen su lengua materna.

No todos los niños desarrollan las habilidades del habla y el lenguaje de la misma manera, sin embargo, todos los niños siguen una progresión natural o una serie de etapas para dominar las habilidades del lenguaje. A veces, los niños demoran en alcanzar estas fases debido a que tienen pérdida de la audición y en otros casos, debido a algún trastorno del habla o del lenguaje.²

Pablo Félix Castañeda (1999) en su Libro “El lenguaje verbal del niño” lo divide en dos etapas principales que son:

- Etapa pre- lingüística: Esta etapa que va desde el nacimiento hasta los 12 meses, consta de sonidos onomatopoyéticos, es en este periodo en el que su

desarrollo lingüístico está reforzado por la madre de manera afectiva en conjunto con el gesto y la palabra, es una manera de estimular el lenguaje del bebé y lo va introduciendo a su lengua materna, al tiempo que va reconociendo y familiarizándose, poco a poco, junto con la acción.

- Etapa lingüística: Esta etapa inicia al decir la primera palabra, los niños a diferencia de las niñas tardan más en saltar a esta fase y regularmente las mamás son las que informan con exactitud cuando sucede.

Estas etapas a su vez se dividen en subetapas que se describen a continuación. (Tabla 1.)^{1, 3,4} y (Tabla 2.)^{1,3, 4}

Tabla 1. Etapa pre- lingüística y su evolución del lenguaje.^{1,3,4}

EDAD	EVOLUCIÓN DEL LENGUAJE
0 – 2 MESES	<ul style="list-style-type: none"> • Aparece la primera señal de comunicación. • El bebé aprende que con el llanto puede conseguir alimento y que le sean atendidas sus necesidades físicas y afectivas. • Se pone en funcionamiento el aparato fonador y comienza a diferenciarse las tonalidades del llanto ya sea por hambre, dolor o molestia.
3 – 4 MESES	<ul style="list-style-type: none"> • En esta etapa aparecen los balbuceos. • Ya distingue entre los sonidos: /pa/, /ma/, /ba/, /ga/. • Surgen las protoconversaciones, con reglas parecidas a las del diálogo, estimulando y propiciando así su desarrollo lingüístico.
5 – 6 MESES	<ul style="list-style-type: none"> • Da inicio a la imitación de sonidos. • En esta edad se dan estructuras de entonación claramente discernibles en ciertas vocalizaciones en las que pone énfasis y emoción. • Empiezan las emisiones vocálicas en el siguiente orden: a, e, o, i y por último u. Las primeras consonantes que aparecen son la /p/, la /m/ y la /b/ y por último l y r.
7 – 8 MESES	<ul style="list-style-type: none"> • Balbucean reduplicando sílabas (mamama, papapa, tatata). • Escuchan cuando se les habla, y responden con sonidos o gestos. • Aquí las vocalizaciones alternantes entre la madre y niño, permitirán el acceso temprano al lenguaje.
9 – 10 MESES	<ul style="list-style-type: none"> • Inician la comprensión léxica respondiendo a su nombre y al “no”. • La incorporación de los músculos accesorios del habla y de la masticación aumenta la destreza de la lengua y de los labios, favoreciendo la vocalización articulada.
11 – 12 MESES	<ul style="list-style-type: none"> • El niño de 11 meses cuenta en su repertorio lingüístico con más de cinco palabras. • el intercambio gestual mímico y verbal de sus comunicaciones con el adulto, acompañado de la conducta de "dar y tomar", permite el desarrollo mayor del lenguaje.

Tabla 2. Etapa lingüística y su evolución del lenguaje.^{1,3,4}

EDAD	EVOLUCIÓN DEL LENGUAJE
12 – 14 MESES	<ul style="list-style-type: none"> • Durante el primer año de vida el niño ha ido estableciendo toda una red de comunicación gestual, vocal y verbal con la familia. • El niño comienza con el desarrollo lexical, contando en su repertorio lingüístico 3 a 5 palabras (mamá, papá, tata, caca, etc.). • Entre los 13 y 14 meses, el niño inicia la conocida etapa "holofrástica" (palabra-frase).
15 – 18 MESES	<ul style="list-style-type: none"> • Dentro de su repertorio léxico cuenta con 5 a 15 ó 20 palabras. • A los 17 meses el niño extiende cada vez más su repertorio lingüístico y comienza a hacer combinaciones de dos palabras. • En esta edad, la identificación y denominación de objetos, figuras y diferentes partes del propio cuerpo, son ejercicios muy recomendables para el desarrollo del lenguaje verbal del niño.
18 – 24 MESES	<ul style="list-style-type: none"> • Alrededor de los 24 meses, el vocabulario receptivo llega a unas 272 palabras. • La mayoría de los niños cuentan con un vocabulario mayor a 50 palabras, pasando a combinar 2 a 3 palabras en una frase. • Pueden tener algunas dificultades para pronunciarlas y solo las personas cercanas comprenden la mayor parte de lo que dicen.
2 – 3 AÑOS	<ul style="list-style-type: none"> • A los tres años se produce un incremento rápido del vocabulario, llegando a tener un promedio de 896 palabras y a los tres años y medio 1222 palabras. • Hablan mientras juegan, incluso nombrando cosas que no están en la misma habitación.
4 – 5 AÑOS	<ul style="list-style-type: none"> • A los cuatro años de edad el niño domina virtualmente la gramática, pero comienza a expresarse de acuerdo a un estilo "retórico propio". • Entre los 4 ó 5 años, el niño suele estar ya capacitado para responder a preguntas de comprensión referentes al comportamiento social aprendido.
6 – 7 AÑOS	<ul style="list-style-type: none"> • A esta edad se inicia la etapa escolar, en la cual el niño manifiesta una madurez neuropsicológica para el aprendizaje y un lenguaje. • Son capaces de entender el estilo indirecto y la ironía, y usan el lenguaje metafórico y humorístico. • Expresan mejor sus pensamientos, argumentos e ideas y sentimientos.

2. Órganos articuladores que intervienen en el mecanismo oral en función del habla.

Para conseguir emitir un sonido que dé lugar a la gesticulación de una palabra y en consecuencia a la formación de una oración, hay órganos que serán partícipes para tal función y que son de gran importancia para el buen desarrollo del habla y el lenguaje. Órganos tales como: La lengua, labios, dientes, paladar duro y blando, alveolos, glotis y cuerdas vocales las cuales se describen a continuación.

2.1 Lengua.

La lengua es el órgano más grande en la cavidad oral y a su vez es de gran importancia en su participación tanto en la vida intrauterina como en el perfecto crecimiento y desarrollo craneofacial, así que cualquier alteración de este órgano afectará de igual manera este desarrollo.

La lengua aparece sobre el piso de la faringe en la cuarta semana intrauterina, el precoz desarrollo de la lengua le permite ser funcional tempranamente asegurando la deglución del líquido amniótico para su regulación, la cual es su función principal antes del nacimiento ya que esta le permitirá reducir la presión de líquido en su entorno. La deglución aparece durante el segundo trimestre de gestación y también contribuye aunque muy poco en la obtención de nutrientes.⁵

Otra función importante de la lengua en la vida intrauterina, es la succión no nutritiva ligada al placer y puede observarse desde la semana 13 de gestación, en la cual se ve al bebé chupar y lamer sus dedos de pies y manos y la placenta; otro dato importante, es que en la semana 12 se activa el sentido del gusto ya que los quimiorreceptores del olfato se encuentran en interacción también con los quimiorreceptores del gusto, por medio del líquido amniótico. Todo esto para que al término del desarrollo del feto se deban estar en perfecto equilibrio las siguientes funciones que son: respiración, succión y deglución para enfrentarse como primer mecanismo a la vida fuera del útero y en conjunto, con los elementos musculares y nerviosos de la cara, para poder ser amamantado sin ningún problema.⁵

Anatómicamente la lengua la encontramos en porciones que son:
(Figura 2.)

Base o raíz: Ubicada por delante de la epiglotis.

Cuerpo: Entre la raíz y la punta.

Dorso: De forma convexa y se posiciona en contacto con el paladar, cuando la boca se encuentra cerrada y en la formación del bolo alimenticio, la aplica hacia el paladar empujándolo hacia la faringe.

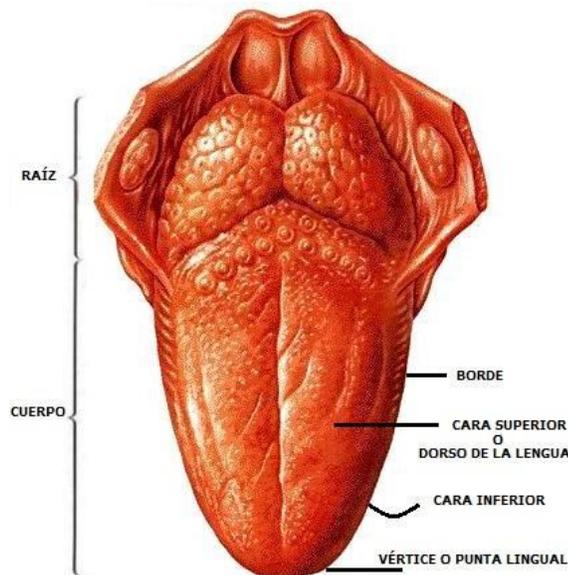
Cara inferior: Descansa sobre el piso de boca.

Vértice o punta: Se recarga sobre los incisivos.

Borde: En contacto lateralmente con las encías y dientes.

Figura 2. Porciones de la lengua.

<https://www.unprofesor.com/ciencias-naturales/partes-de-la-lengua-3336.html>



La lengua también tiene 4 músculos extrínsecos que también son responsables de sus cambios de posición : ^{5, 6}(Figura 3.)

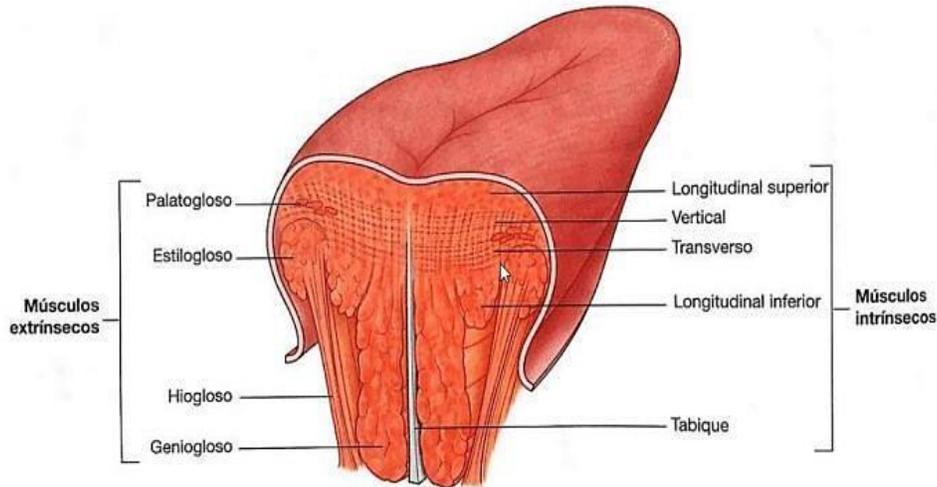
Músculo geniogloso: responsable de su desplazamiento hacia adelante y hacia afuera de la cavidad bucal y dirige la punta de la lengua hacia abajo, hacia atrás y hacia piso de boca, es el músculo más voluminoso.

Músculo hiogloso: si el hioides está fijo llevará la lengua hacia atrás y abajo.

Músculo palatogloso: éste músculo cuando se contrae es el responsable de dirigir la lengua hacia arriba y atrás.

Músculo estilogloso: tracciona el vértice de la lengua hacia atrás y arriba.

Figura 3. Músculos extrínsecos e intrínsecos de la lengua.
<http://www.homomedicus.com/cuantos-musculos-tiene-la-lengua/>



Por otro lado están los 5 músculos intrínsecos de la lengua (Figura 3.) que son pequeñas fibras dentro de la masa lingual y dan la modificación del cuerpo de la lengua y son: ^{5, 6}

Músculo longitudinal superior.

Músculo longitudinal inferior.

Músculo transversal de la lengua.

Músculo vertical de la lengua.

2.1.1 Importancia de la lengua como órgano articulador.

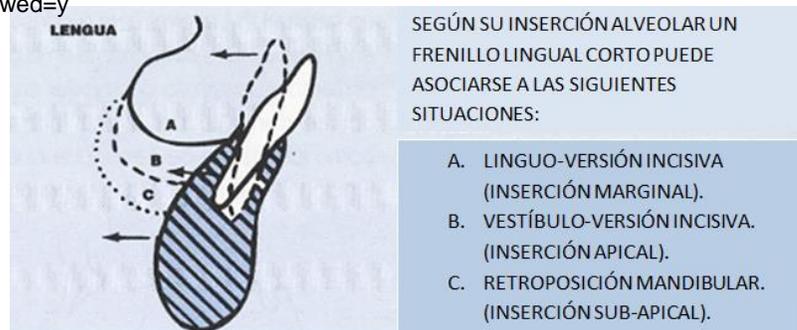
Es la postura lingual la que va a definir su acción sobre las estructuras óseas o dentales, ya sea en su postura estática (de reposo habitual) o en su postura dinámica. En su estado estático vertical y con los arcos dentarios en oclusión, la lengua en

reposo debe encontrarse contra la bóveda palatina y con sus bordes contra la zona cervical de las piezas dentarias superiores anteriores y laterales; sagitalmente con la punta de la lengua en contacto con la papila retro incisiva que se encuentra justo detrás de los incisivos superiores. Posteriormente la lengua se insinúa hacia la faringe permitiendo así el libre paso del aire y durante la apertura bucal, la lengua debe acompañar a la mandíbula, manteniéndose dentro de los límites del arco dentario inferior.⁵

En su postura dinámica la lengua debe tener la capacidad de desplazamiento en los 3 sentidos del espacio, asegurando así, una participación normal en sus distintas funciones. El frenillo lingual tiene una influencia directa sobre la posición de la lengua, en la posición de los dientes antero inferiores y en algunos casos en la posición mandibular. Al examinar el frenillo lingual éste debe permitir durante la apertura bucal que la punta de la lengua toque el paladar y también se le pide al paciente que saque la lengua observando así su punta, si se nota bífida indica que el frenillo lingual es corto, al igual que si existe alguna alteración en la fonación o si se nota a nivel periodontal una retracción gingival localizada en los incisivos inferiores.⁵ (Figura 4.)

Figura 4. Inserción del frenillo sobre la mandíbula y su relación con la posición lingual.

https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/123377/Cortes_J_1998.pdf?sequence=1&isAllowed=y

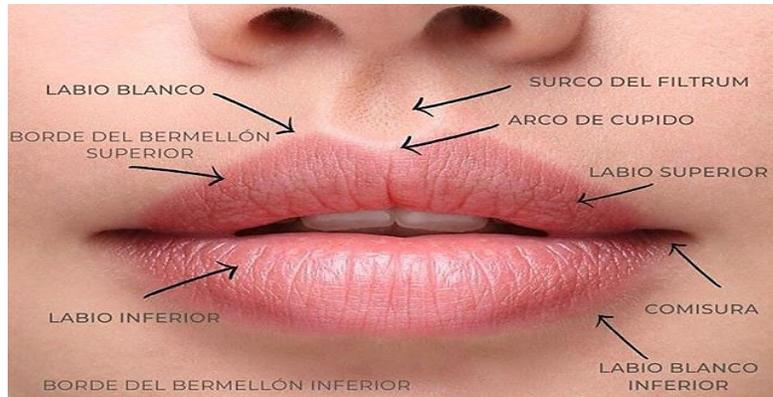


La lengua juega un papel fundamental en la articulación de las palabras considerándolo el órgano articulador por excelencia; la base de la lengua es importante ya que en ella se encuentra la amígdala lingual, si está hipertrofiada, puede obstaculizar los movimientos fisiológicos de la epiglotis, no permitiéndole elevarse en el momento de la emisión del sonido en conjunto con la base de la lengua, la cual tendrá dificultades para adelantarse no permitiendo el paso del sonido que asciende desde las cuerdas vocales; en resumen: la alteración tanto en tamaño como en función de la lengua afectará directamente en la articulación de los fonemas y a nivel óseo, en el buen desarrollo de los maxilares, posición de los órganos dentales y por lo tanto en la oclusión.⁵

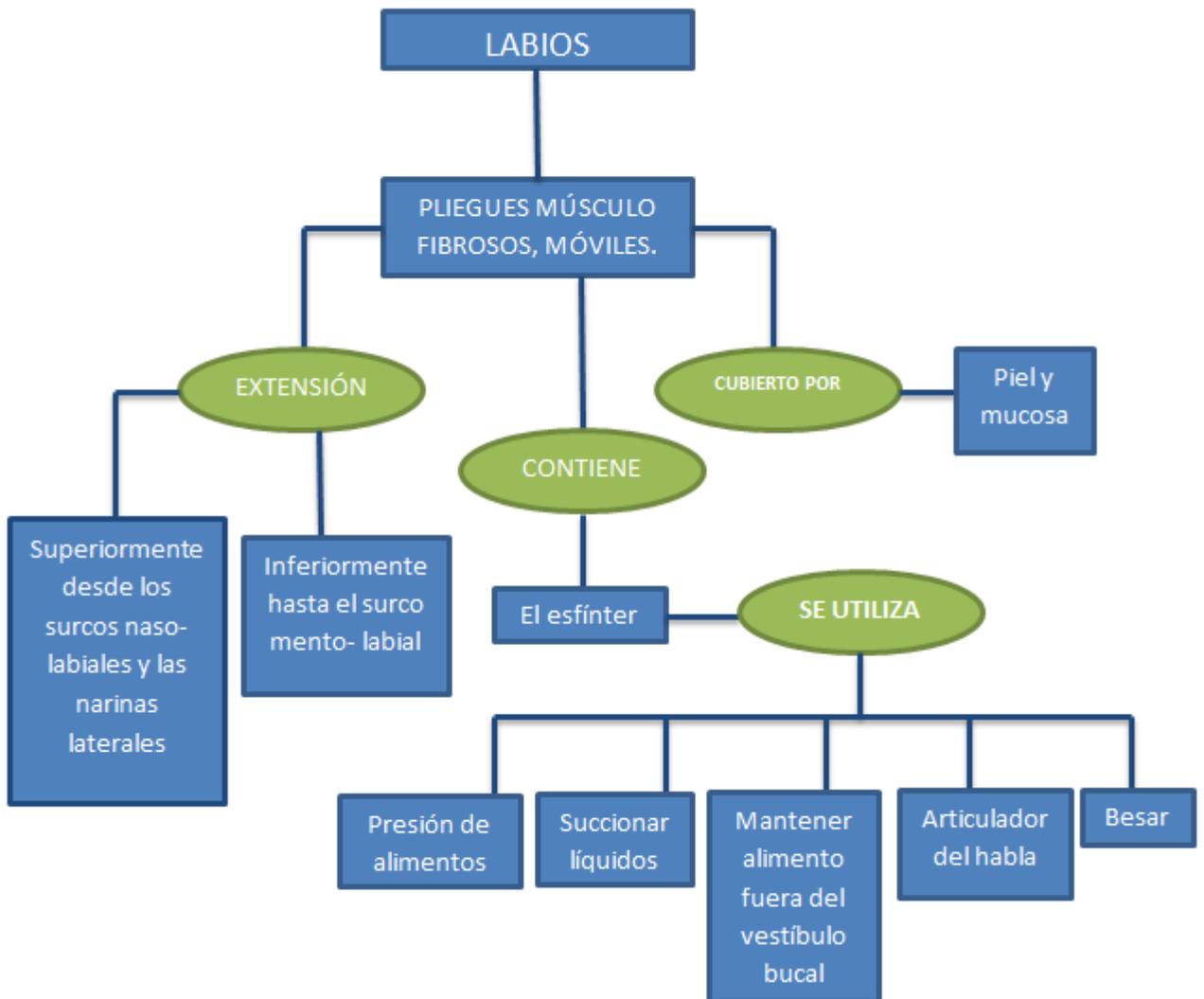
2.2 Labios.

Los labios están ubicados en el tercio inferior de la cara, de manera horizontal y delimitando superficialmente la cavidad oral, constan de 2 pliegues, uno superior y otro inferior compuestos de piel, mucosa labial, semimucosa y músculo orbicular de los labios. El labio superior está comprendido por el bermellón y la zona que se centra entre éste, la base de la nariz y los surcos nasogenianos, y, en la parte central, se eleva un nódulo llamado filtrum. El labio inferior de igual manera, está conformado por bermellón y la zona de piel limitada por la continuación de los surcos nasogenianos y, en su parte inferior por el comienzo del mentón y por debajo, pasa un surco llamado surco labio mentoniano.⁷(Figura 5.)(Esquema 1.)

Figura 5. Esquema anatómico de los labios.
<https://aumentodelabiostenerife.com/sobre-los-labios/>



Esquema 1. Labios



Los dientes son de gran influencia en la posición de los labios, al igual que el labio superior marca por medio de la línea labial (curva que marca el labio superior al sonreír) el tipo de sonrisa que tiene una persona; con respecto a las zonas que se observan, éstas desde margen gingival, hasta sólo una parte de los incisivos superiores.⁷

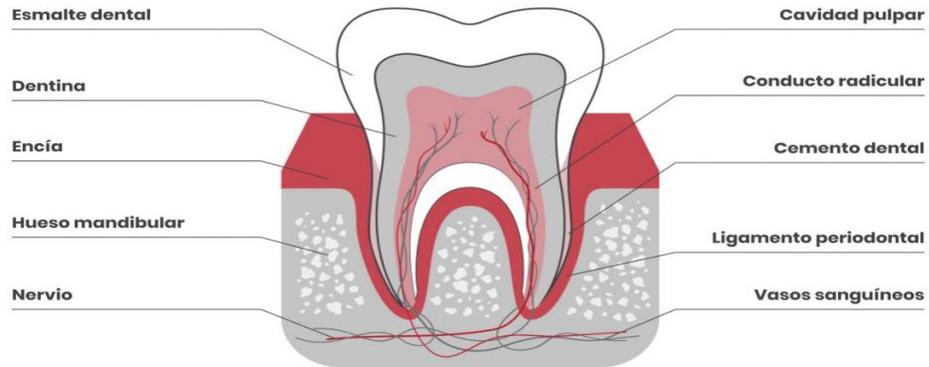
Los labios forman parte de los órganos articuladores del lenguaje, su función se basa principalmente, en modificar como cuarto resonador el efecto del sonido de la cavidad bucal, esto sucede gracias que el labio superior tiene la capacidad como articulador pasivo y el labio inferior como articulador activo o móvil; ahí es donde reconocemos los tipos de sonidos como son los labiales, que son las consonantes articuladas de manera bilabial (b, p, f, v, m) y los sonidos labiodentales, que son las consonantes articulados por el labio inferior en conjunto con los dientes incisivos superiores, el único que existe en el español es la (f).⁷

2.3 Dientes.

Los dientes están constituidos por 3 tejidos: el tejido pulpar, que está constituido por vasos sanguíneos, nervios y tejido conjuntivo; la dentina con una dureza similar a la del hueso misma que protege a la pulpa y el esmalte, que es el tejido más duro del cuerpo y que se encarga de proteger al complejo dentino- pulpar. (Figura 6.)

Figura 6. Estructura dental.

<https://albaclinicadental.com/es/odontologia-general/endodoncia/>

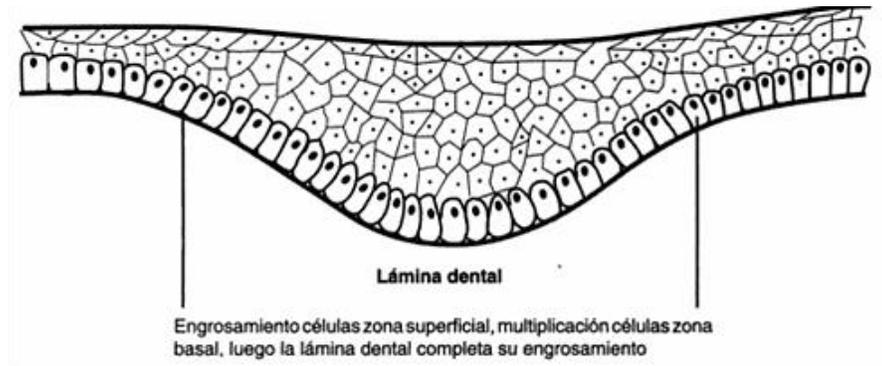


El proceso embrionario que da lugar a la formación de los dientes se llama odontogénesis, tanto de los primarios como de los secundarios, que con ayuda de las células ectodérmicas, mesodérmicas y de la cresta neural; esto se inicia en la sexta semana de vida intrauterina con la diferenciación del ectodermo en lámina dental. La odontogénesis comprende 2 fases que son: la morfogénesis que dará el patrón para la formación de la corona y raíz y la histogénesis, en la que se formarán los tejidos dentarios: esmalte, dentina y pulpa; ambas fases de manera continua. A su vez la odontogénesis se divide en 4 etapas: ^{9, 10}

Etapa de yema o brote: es el primer crecimiento epitelial, que sucede dentro del ectomesénquima de los maxilares, originándose en cada uno proliferaciones locales en 10 puntos distintos, correspondiendo a la posición de los dientes temporales, el germen dentario.^{9, 10} (Figura 7.)

Figura 7. Etapa de brote o yema.

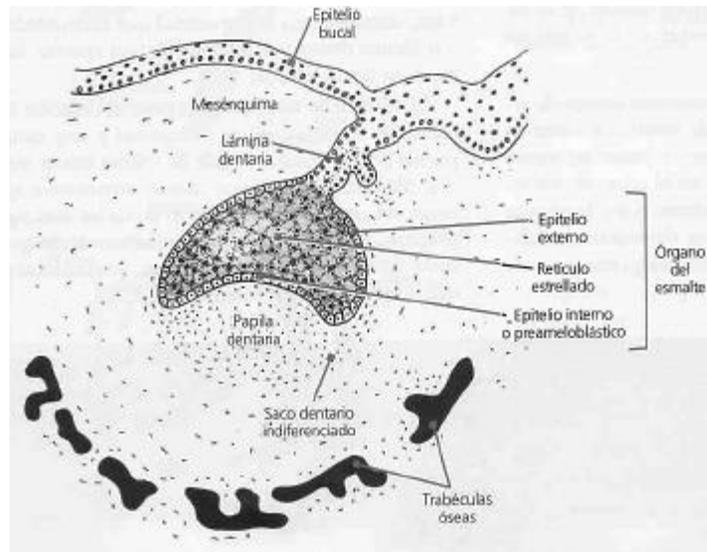
<https://odontoayuda.com/presentaciones/histologia-y-embriologia-dental/>



Etapa de casquete: debido a la proliferación de células ectomesenquimatosas de la papila dental, la superficie se invagina constituyendo así lo que será el órgano del esmalte, la papila dentaria y el saco dentario. El brote dentario experimenta un crecimiento desigual y adopta la forma de casquete. Histológicamente se distinguen el epitelio externo, el epitelio interno y el retículo estrellado.^{9, 10} (Figura 8.)

Figura 8. Etapa de casquete.

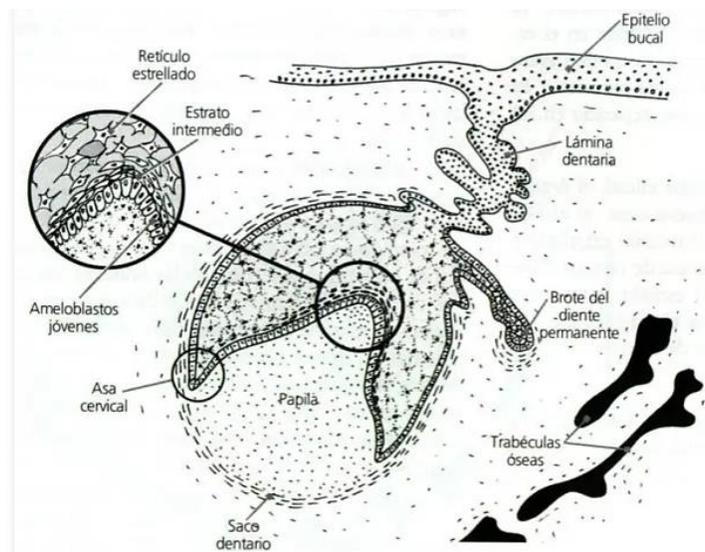
<http://genesisodont.blogspot.com/2018/11/estadio-de-casquete.html>



Etapa de campana: En esta ocurre la histodiferenciación y morfodiferenciación del esmalte, se notan cambios importantes en la estructura del germen dentario. (Figura 9.)

Figura 9. Etapa de campana.

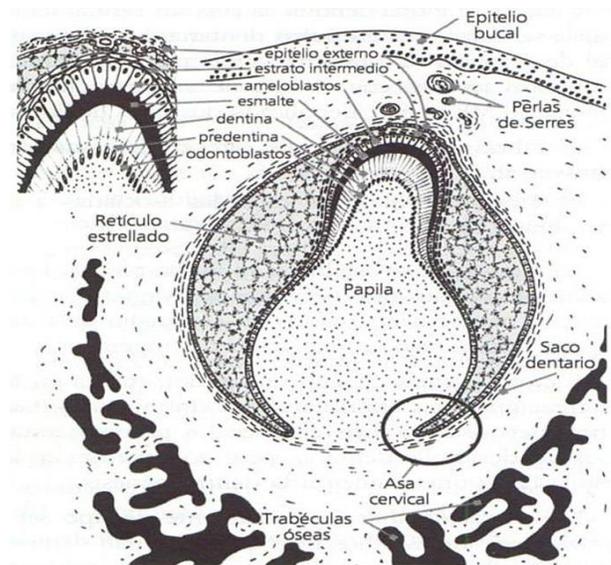
<https://odontoayuda.com/presentaciones/histologia-y-embriologia-dental/#jp-carousel-371>



Etapa terminal: Aquí ya se identifica la matriz del esmalte sobre las capas de dentina, los ameloblastos secretores de esmalte y odontoblastos secretores de dentina y por consecuencia el proceso de formación de los tejidos duros del diente.^{9, 10} (Figura 10.)

Figura 10. Etapa terminal de la odontogénesis.

<http://revistapediatria.com.ar/wp-content/uploads/2013/11/193-98-M%C3%A1ssimo.pdf>



El ser humano en el transcurso de su vida cuenta con dos tipos de denticiones que son: dentición primaria o decidua que consta de 20 dientes, cinco en cada cuadrante, que se inicia con la erupción de los incisivos a los 6 meses de edad hasta los 2 años 9 meses aproximadamente, en el que erupciona el segundo molar como último diente primario. La dentición secundaria o permanente está conformada por 32 dientes que van sustituyendo a los primarios, conforme se van perdiendo van erupcionando, desde los 6 años con los incisivos centrales inferiores, hasta la aparición de los terceros molares de los 18 años en adelante. (Figura11 y 12.)

Figura 11. Dentición temporal.

<https://www.ecured.cu/Dentici%C3%B3n>

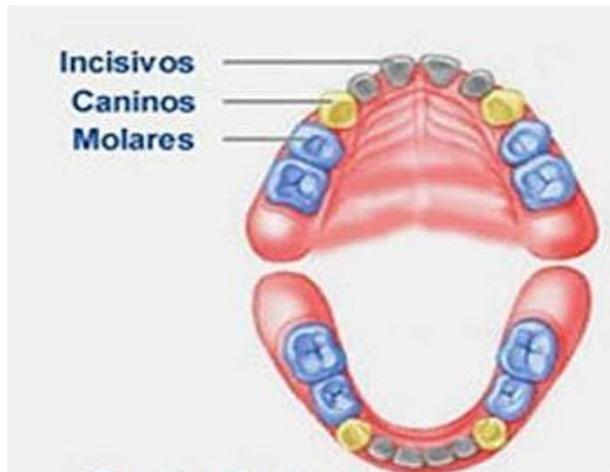
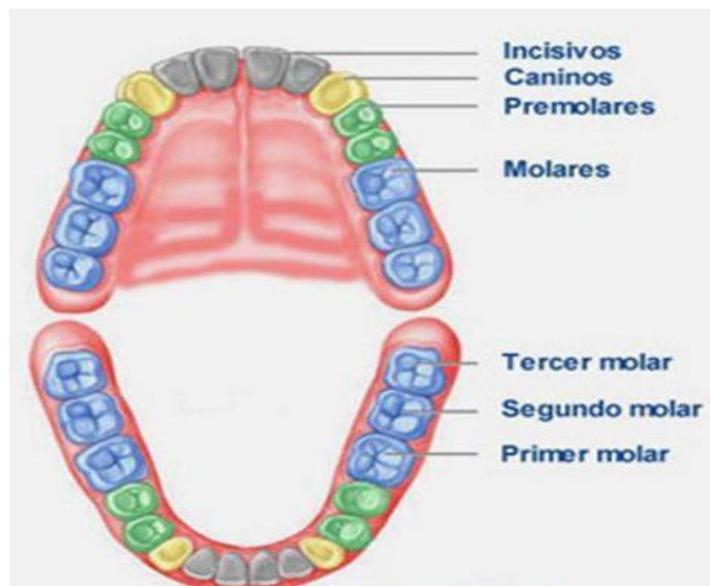


Figura 12. Dentición Permanente.

<https://www.ecured.cu/Dentici%C3%B3n>



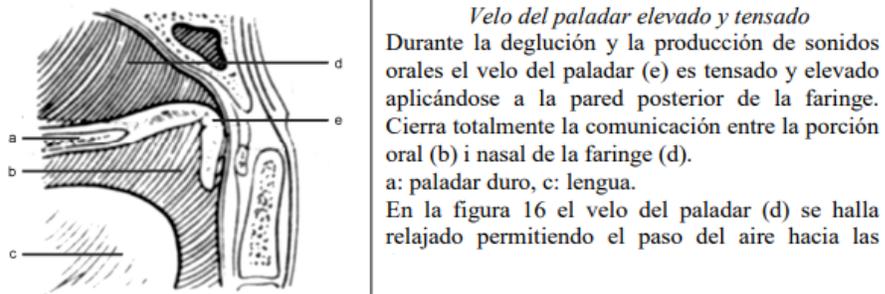
Los dientes son importantes tanto estéticamente (ya que mantiene la armonía cráneo facial), como en su función masticatoria: cortando, desgarrando y moliendo los alimentos y fonéticamente, ya que modulan la cantidad de aire que pasa por la cavidad oral, además de que en conjunto con la lengua, transforman el sonido directo en sonidos dentales como en los fonemas: /t/d/n/l/. Cualquier alteración en su posición y si hay ausencia de ellos, puede provocar una fonética inadecuada.

2.4 Paladar duro y blando.

El paladar duro y blando forman parte del suelo de la cavidad nasal y del techo de la boca, el primero corresponde a la apófisis palatina del hueso maxilar y la placa horizontal del hueso palatino, están cubiertos por mucosa; posterior a este, se localiza el paladar blando (velo del paladar), de color amarillento y en su porción terminal, se suspende la úvula; el paladar blando es móvil y es el encargado de cerrar el istmo faríngeo (espacio que comunica el espacio oral y nasal de la faringe), es decir, abre y cierra la entrada a las fosas nasales determinando fonéticamente si un sonido es nasal u oral. Lateralmente el velo del paladar continúa con dos pliegues mucosos denominados arco palatogloso y arco palatofaríngeo y entre estos se encuentra, el istmo de las fauces (que comunica la porción oral de la faringe con la cavidad bucal). Cuando su diámetro aumenta el paladar blando se eleva, en los sonidos nasales el velo del paladar se halla relajado y el aire pasa hacia la cavidad nasal, donde resuena; en los sonidos orales el velo del paladar está elevado y

tensado cerrando el paso hacia las fosas nasales, con lo cual el aire resuena únicamente en la boca. ^{6, 8, 11} (Figura 13)

Figura 13. Velo del paladar elevado y tensado.⁸

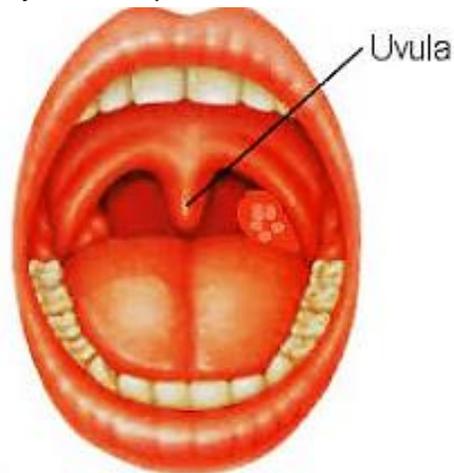


2.5 Úvula y cuerdas vocales.

La úvula o campanilla es un pequeño apéndice ubicado posteriormente al paladar blando, entre las amígdalas; sus funciones son: en coordinación con el paladar, separar la cavidad oral de la nasal impidiendo así la filtración de alimentos o líquidos en la nariz al comer o durante el vómito y otra función importante es como órgano articulador de algunos fonemas, como en el idioma francés, de igual manera con ayuda del paladar blando.¹² (Figura 14.)

Figura 14. Úvula.

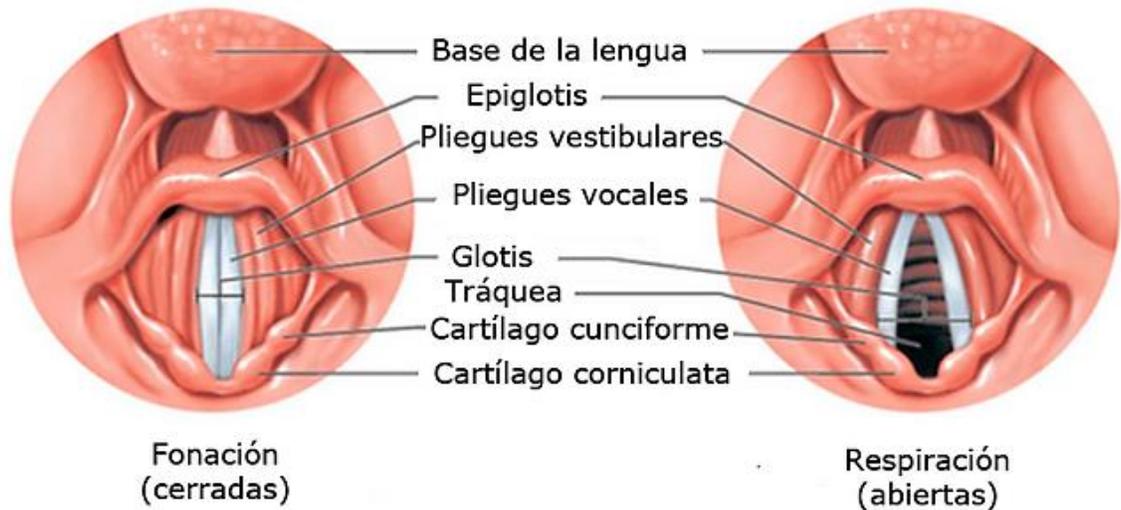
<https://www.12caracteristicas.com/uvula/>



Los pliegues vocales mejor conocidos como cuerdas vocales son los responsables de producir el sonido de nuestra voz (timbre), contamos con un total de 4 cuerdas vocales, dos conocidas como verdaderas y dos conocidas como falsas, en sí las responsables del sonido son los pliegues inferiores (vocales, verdaderas), siendo responsables de la vibración en la producción de los diferentes sonidos que componen la voz, no son parte del sistema articulador pero sí forman parte del sistema fonético humano.^{8, 13} (Figura 15.)

Figura 15. Cuerdas vocales.

<https://www.vozalia.com/voces/cuerdas-vocales-como-son-cuantas-hay-y-como-funcionan/>



3. Alteraciones genéticas estructurales que afectan el lenguaje.

El lenguaje oral no es la única forma de comunicación, pero si la más humana y utilizada, nace de la necesidad de expresarnos y relacionarnos con otras personas y para ello, se necesita del trabajo de varios sistemas a la par, que de haber alguna alteración genética estructural, limitaría o complicaría ésta forma de comunicación ya que se ve afectado directamente el buen desarrollo del habla y el lenguaje. A continuación hablaremos de las más importantes.

3.1 Anquiloglosia.

El frenillo lingual es un pliegue vertical de mucosa que surge de la línea media como unión entre la superficie ventral de la lengua y el piso de la cavidad bucal; a veces se puede observar un frenillo lingual corto que limita los movimientos naturales de la lengua, lo que complicaría las funciones de ésta, a ésta condición se le conoce como anquiloglosia, que es de origen congénito y que desde un inicio dificultaría por ejemplo en un lactante, el proceso de alimentación, ya que afectaría el movimiento de protrusión lingual para la obtención de la leche materna, es decir, complicaría el proceso de succión y deglución del bebé.^{14, 15} (Figura 16.)

Figura 16. Anquiloglosia severa.

<http://albalactanciamaterna.org/lactancia/frenillo-lingual-corto-anquiloglosia/>



Kotlow propone una clasificación para tipos de anquiloglosia considerando como clínicamente aceptable como rango normal de frenillo lingual: mayor a 16 mm. La clasificación es la siguiente: ¹⁶ (Figura 17)

Clase I. Anquiloglosia ligera (12 – 16 mm)

Clase II. Anquiloglosia moderada (8 – 10 mm)

Clase III. Anquiloglosia severa (3 – 7 mm)

Clase IV. Anquiloglosia completa (menos de 3 mm)

Figura 17. Clasificación de anquiloglosia (Kotlow)

<https://mamaseescribeconamor.com/lactancia/frenillo-corto-anquiloglosia>



3.1.1 Consecuencias bucales y cognitivas.

Algunas de las manifestaciones como consecuencia de la anquiloglosia a nivel bucal o cognitivo son: Dificultad en el movimiento de la lengua lo que provoca a la vez una fonación deficiente o limitada, problemas del habla y articulación del lenguaje (la dislalia observada de forma más frecuente es en la producción del fonema vibrante múltiple /r/ al igual que dificulta la pronunciación de sonidos /t/d/n/l/z/) situación que a edad escolar repercutiría a nivel emocional afectando así su forma de relacionarse con los demás niños; continuando con sus consecuencias bucales también podemos observar diastema a nivel de los incisivos centrales inferiores, irritación del frenillo lingual y ulceración, alteraciones periodontales (como recesión gingival) y alteración al realizar autoclisis.^{16, 17}

3.2 Fisura labio- palatina.

La fisura labio palatina también conocida como labio y paladar hendidos es una malformación cráneo facial congénita, de las más frecuentes y de etiología multifactorial, tanto genética como por factores ambientales, producida por una falla en la fusión parcial o completa de los procesos faciales durante periodos importantes del desarrollo embrionario, ocurre específicamente en dos puntos del desarrollo embrionario: Entre la semana cinco y siete de gestación, por la ausencia de fusión de los procesos frontales y la semana doce por la ausencia de fusión de los procesos palatinos; o por formación inadecuada de tejido estructural (tejidos óseos o blandos de estructuras como labios, paladar y reborde alveolar). Por ejemplo, el paladar hendido se da cuando la fusión de los paladares anterior y posterior no se cierran de forma correcta dejando así una conexión entre la cavidad oral y la cavidad nasal.^{14, 18}

En esta mal formación se ven afectadas varias estructuras (labio, proceso alveolar, paladar duro y blando) y además, se puede dar de manera unilateral y bilateral, de manera aislada y combinada, por lo que se han realizado varias clasificaciones que sean útiles en la práctica clínica. A continuación se plantean las clasificaciones más utilizadas actualmente en la práctica médica, entre ellas está la clasificación embriogénica de Kernahan y Stark (Tabla 3.), la del doctor Victor Veau (Tabla 4.).¹⁸

Tabla 3. Clasificación de los doctores Kernahan y Stark en 1972.¹⁸

Hendidura del paladar primario	Subtotal Unilateral Bilateral
Hendidura del paladar secundario	Subtotal Total
Hendidura del paladar primario y secundario	Unilateral subtotal Unilateral total Bilateral

Tabla 4. Clasificación propuesta por el doctor Victor Veau.¹⁸

Anomalias del labio		Anomalias del paladar	
Labio hendido completo	Cuando no ha habido fusión del proceso maxilar superior con el filtrum labial y el piso de la nariz no se ha formado	Tipo I	Hendidura del paladar blando
Labio hendido incompleto	Cuando hay fusión parcial del proceso maxilar con el filtrum labial, el piso de la nariz está cerrado, pero el músculo orbicular de los labios no está debidamente orientado en forma circular	Tipo II	Hendidura de paladar blando y duro que compromete sólo el paladar secundario
Labio hendido cicatricial	Cuando hay fusión completa del proceso maxilar con el filtrum labial, pero hay una pequeña hendidura en forma de cicatriz en el rollo rojo labial	Tipo III	Hendidura completa unilateral desde la úvula pasando por el agujero incisivo y llegando hasta uno de los lados de la premaxila
Labio hendido bilateral	Cuando no hay fusión del filtrum labial con los dos procesos maxilares superiores	Tipo IV	Hendidura completa bilateral desde la úvula pasando por el foramen incisivo y llegando hasta ambos lados de la premaxila

3.2.1 Consecuencias bucales y cognitivas.

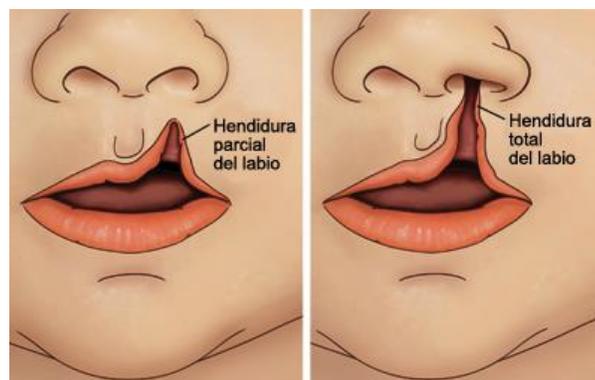
El diagnóstico para labio y paladar hendido es meramente clínico y se realiza en el momento del nacimiento, puede efectuarse durante la vida intrauterina por medio de una ecografía en tercera dimensión donde pueden analizarse estructuras anatómicas faciales desde la semana 13 de gestación, más certeramente para fisura labial pero para fisura palatina resulta difícil por la transposición de otras estructuras.

El paciente presenta las siguientes características:

Por la malformación del labio superior se ve afectada la funcionalidad en el movimiento del labio, es difícil mantener un cierre labial constante y la articulación fonética se ve afectada en la producción de los sonidos labiales, de manera combinada presentan disfagia por la falta de cierre de la cavidad oral afectando así la succión y deglución, esto causa que a los pacientes les cueste subir de peso. También pueden presentar agenesia, fisura o duplicación de los incisivos maxilares, voz nasal al hablar por la ausencia del piso nasal y dificultad en la articulación del habla al igual que malposición dental.¹⁸ (Figura 18).

Figura 18. Labio leporino.

<https://dentalglobal.com.do/labio-leporino/>



4. Alteraciones miofuncionales orofaciales que afectan el lenguaje.

No todas las afectaciones del habla están ligadas a una alteración genética, también hay alteraciones que provienen de malos hábitos persistentes y constantes que modifican estructuralmente partes del aparato articulatorio, que de igual manera modifica y dificulta que el habla se ejecute de manera normal.

4.1 Respiración bucal.

La respiración normal es aquella donde ingresa el aire libremente por la nariz con un cierre simultáneo de la cavidad oral, creándose una presión negativa entre la lengua y el paladar duro en el momento de la inspiración, la lengua se eleva y se proyecta contra el paladar, ejerciendo un estímulo positivo en su desarrollo. Cosa contraria en la respiración bucal el aire ingresa por cavidad bucal y aumenta la presión intrabucal. La R.B. se encuentra asociada a alteraciones de funciones normales de masticación, deglución, postura de la lengua, hipotonía lingual y de labios y acción muscular incorrecta, estimulando así un crecimiento y desarrollo facial inadecuados, al igual que por obstrucciones funcionales o anatómicas que obstaculizan el flujo normal del aire por las fosas nasales, por ejemplo: Cornetes hipertróficos, tabique desviado, inflamación de la mucosa por infecciones o alergias.^{19, 20}

4.1.1 Consecuencias bucales y cognitivas.

Los pacientes respiradores bucales se caracterizan por presentar un rostro alargado y estrecho, ojos caídos, ojeras profundas, boca abierta e incompetencia labial, labio superior hipotónico y flácido en forma de arco, labios agrietados y resecos, mordida abierta con o sin interposición lingual, mordida cruzada posterior uni o bilateral, paladar profundo y estrecho, arcada superior en forma triangular, retrognatismo mandibular, aumento del tercio facial inferior, apiñamiento dental, gingivitis crónica, pies hacia adentro (pie vago) por la posición de la columna. Al verse dañadas estructuras del sistema articulador, de igual manera se verá afectada la producción de la voz y el habla, la respiración es parte importante para generar la voz, el ritmo se torna alterado; también el comportamiento se nota afectado ya que pueden presentar sueño agitado, irritabilidad, dificultad de concentración, inquietud, ansiedad e impaciencia afectando así su rendimiento escolar y presentan baja aptitud deportiva.^{19, 20} (Figura 19.)

Figura 19. Características de paciente con respiración bucal.
<https://www.luriajerez.es//respiracion-bucal-en-el-nino-un-signo-de-alerta/>



4.2 Deglución atípica.

La deglución es una acción motora automática en la que actúan músculos de la respiración y el aparato gastrointestinal, su objetivo es transportar el bolo alimenticio al igual que la limpieza del tracto respiratorio. La deglución atípica consiste en la postura y uso inadecuado de la lengua a la hora de deglutir, proyectando la lengua contra los dientes; también conocida como deglución infantil por su persistencia al reflejo de la deglución infantil, ya que normalmente los niños cambian su forma de hacerlo entre los 2 y 3 años, pasa de la succión- deglución adaptado para la lactancia materna, a la de masticación y deglución al ingerir todo tipo de alimentos.²¹

En la literatura podemos encontrar varios tipos de D.A. como son: ²²

Deglución con presión atípica del labio (interposición labial). Presente en los casos de vestíbulo –versión en el que para conseguir el contacto labial, la mandíbula tiene que adelantarse, pero al deglutir se desliza hacia atrás para ocluir por lo que el labio inferior lo acompaña y se ubica sobre las caras palatinas de los dientes anterosuperiores, favoreciendo así, la extrusión dentaria aumentando el resalte y la sobremordida.

Deglución con presión atípica de la lengua. En ésta, la lengua se aloja entre los incisivos interponiéndose a veces entre premolares y molares. Aquí se observa la contracción de las comisuras, provocando el estrechamiento del arco a la altura de

los caninos y el músculo mentoniano.

Deglución con contracción comisural. En ésta se observa la producción de hoyuelos cerca de las comisuras de la boca por la contracción de los risorios, se observa endognatía (maxilar hacia adentro) de los maxilares al nivel de los caninos.

4.2.1 Consecuencias bucales y cognitivas.

Las consecuencias clínicas de los deglutores atípicos que podemos observar son que abren frecuentemente los labios para la deglución, protruyen la lengua para alcanzar los alimentos, contracción del mentón, interposición lingual, mordida abierta, no existe sellado labial, hipotonía y prevalencia de la respiración bucal; debido a la alteración de la cavidad oral también originan problemas de fonación, motivando el establecimiento de cuadros de dislalia (básicamente para la producción del fonema /s/).^{14, 21} (Figura 20.)

Figura 20. Deglución atípica.

<https://clincasmilodon.com/deglucion-atipica-que-es-alteraciones-que-provoca-y-tratamiento/>



4.3 Succión digital y uso prolongado de chupón y biberón.

Los malos hábitos orales constituyen una de las principales causas de alteraciones en los órganos y musculatura orofacial, que pueden comprometer procesos tan importantes como son la respiración, la deglución, la fonación y articulación. Estos hábitos pueden ser resultado de un escape emocional del paciente tales como inseguridad, frustración y estrés, estos comportamientos repetitivos son comunes durante la infancia y la mayoría terminan de manera espontánea. La succión no nutritiva no tiene carácter nutricional y comprende de la succión de dedos, biberones, chupón, labios etcétera, relacionados a una escasa lactancia materna y/o uso de lactancia artificial.

La succión digital comienza como reflejo en el neonato de manera normal hasta su progresiva desaparición posterior a los cuatro meses, después de esta edad pasa a ser un reflejo adquirido ya sea por fatiga, desplazamiento afectivo hasta problemas familiares convirtiéndose así en un hábito. La American Dental Association (Asociación Estomatológica de los Estados Unidos de América) considera que el niño puede succionar el pulgar hasta los 4 años de edad sin dañar su cavidad oral. La succión podría explicarse en 3 etapas.²³ (Tabla 5.)

El uso del chupón ha sido utilizado por muchos padres como método de estimulación para la succión, para calmar a los bebés y anticipar el aprendizaje de la alimentación complementaria, pero al igual que la succión digital, el uso prolongado de chupón

o biberón al utilizarlo de manera frecuente se convierte en un hábito, ahora si la tetina no es anatómica hace que la lengua se mantenga en una posición baja, lo que produce que la deformación continúe y cuanto más grande sea la tetina, más baja se colocará la lengua.^{23, 24} (Figura 21.)

Tabla 5. Etapas de succión digital.²³

Etapa I	Succión normal del pulgar, no significativa desde el punto de vista clínico	<ul style="list-style-type: none"> • Desde el nacimiento hasta aproximadamente los 3 años de edad. • Frecuentemente en la mayoría de los niños, en particular en la época del destete. • Esta succión se resuelve de manera natural
Etapa II	Succión del pulgar clínicamente significativa	<ul style="list-style-type: none"> • De los 3 años a los 6 ó 7 años de edad. • Es una indicación de posible ansiedad clínicamente significativa. • Es la mejor época para tratar los problemas dentarios relacionados con la succión digital. Definir programas de corrección
Etapa III	Succión del pulgar no tratada	<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier succión que persiste después del cuarto año de vida puede ser la comprobación de otros problemas, además de una simple maloclusión. • Requiere tratamientos multidisciplinario

Figura 21. Mordida abierta causada por uso prolongado de chupón.

<http://www.cienciacierta.uadec.mx/2016/03/20/el-chupete/>



4.3.1 Consecuencias bucales y cognitivas.

Podemos observar en un paciente con hábito de succión digital, uso prolongado de chupón o biberón, las siguientes características (más marcadas en la succión digital debido a la presión que el pulgar ejerce en la premaxila): incisivos superiores vestibularizados e inferiores lingualizados, overjet marcado, paladar profundo y estrecho, rugas palatinas hipertróficas, mordida cruzada bilateral o unilateral, acortamiento del labio superior, labio inferior evertido e hipertrófico, acortamiento de la musculatura suprahioidea limitando así la masticación, posición anterior de la lengua en reposo para dar lugar al sellado, distalización mandibular, en el caso de succión digital el dedo succionado está limpio, con apariencia de plato y podría presentar alguna afección fúngica, en el habla podría desarrollar problemas como ceceo e interponer la lengua al hablar.²³

5. Terapia del lenguaje.

La terapia del lenguaje es parte de la rehabilitación enfocada a la evaluación, diagnóstico y tratamiento de las alteraciones del habla, lenguaje y/o comunicación, problemas con la producción de sonidos o dificultades en el aprendizaje del lenguaje. El objetivo principal de la T.L. es restablecer la comunicación lingüística no desarrollada, interrumpida o alterada del niño, utilizando estrategias divertidas y juegos para estimular el lenguaje.²⁵ (Figura 22.)

La detección temprana es fundamental para un mejor resultado, aunque es complicado debido a el desconocimiento de los padres de las habilidades lingüísticas que deben tener los niños en sus distintas etapas, por lo cual un trastorno puede pasar desapercibido, ya sea por falta de atención o por falta de información, porque se detecta la alteración y no se sabe a quién recurrir, o se sabe de la alteración y a quién recurrir pero lo ve totalmente innecesario, o sí se sabe a quién recurrir pero teme a un rechazo social. Una vez detectado el problema, se hacen una serie de pruebas físicas, médicas, auditivas, entre otras, tales pruebas darán más detalle del tipo de trastorno o nivel en el que se encuentra, pruebas que hace un terapeuta del lenguaje.²⁶

Figura 22. Terapia del lenguaje en niños.
<https://gepediatras.com/terapia-de-lenguaje.php>



5.1 Función del terapeuta del lenguaje.

El terapeuta del lenguaje, fonoaudiólogo o logopeda es el especialista a cargo de tratar los problemas relacionados con las alteraciones del habla y el lenguaje, entre sus funciones se encuentra prevenir alteraciones de la voz, lenguaje, comunicación, deglución y trastornos relacionados, así como detectar, identificar, evaluar, diagnosticar, remitir y proporcionar tratamiento incluyendo servicios de consulta y seguimiento a personas de todas las edades. El terapeuta del lenguaje también enseña, supervisa y dirige programas clínicos y educativos, al igual que participa en programas de investigación relacionadas con las ciencias de la comunicación y sus trastornos, deglución y áreas relacionadas, trabajando así para incrementar la conciencia pública.²⁷ (Figura 23.)

Figura 23. Terapeuta del lenguaje.

<https://canalchupete.com/trastornos-del-lenguaje/terapeuta-de-lenguaje/>



5.2 Trastornos del lenguaje.

Es importante entender la importancia del lenguaje en nuestra vida, para nuestro buen desenvolvimiento social, cognitivo y emocional desde la infancia. Si bien al inicio su importancia es comunicativa, a medida que va pasando el tiempo se va convirtiendo en una herramienta indispensable para el pensamiento y el entendimiento del mundo. A nivel emocional el lenguaje permite más independencia, autocontrol y seguridad personal; un niño con habilidades lingüísticas normales puede interactuar sin dificultad con otros niños, cosa contraria de un niño con alteraciones del lenguaje puede modificar en la interacción influyendo así en su relación con los demás.³

El lenguaje consta de dos vertientes, una receptiva (escuchar y leer) y otra expresiva (hablar y escribir) y componentes como la fonología, la sintaxis, la morfología, la semántica y la pragmática. El lenguaje receptivo se refiere a la capacidad de decodificar y comprender el lenguaje hablado, el lenguaje expresivo se refiere a la capacidad de usar el lenguaje para hablar. Hay indicadores con los cuales se puede sospechar de un desarrollo lingüístico atípico:³

No interactúa socialmente (desde los primeros meses).

No entiende lo que se le dice (a partir del año).

Usa pocos sonidos, palabras o gestos (entre los 18 meses y los 2 años).

No dice las palabras con claridad (entre los 18 meses y los 2 años).

No combina las palabras (a partir de los 2 años).

Tiene problemas para hablar y jugar con otros niños (2-3 años).

Tiene que hacer un esfuerzo para decir palabras o sonidos (3-4 años).

El detectar alteraciones del lenguaje de manera temprana permitirá establecer un tratamiento favorable para evitar impactos a mayor edad, al entender y conocer las etapas del desarrollo normal del lenguaje nos permitirá reconocer con más facilidad si hay algún retraso en este desarrollo lingüístico. Para evaluar si el lenguaje de un niño va acorde a su edad cronológica y determinar si existe algún problema, se debe analizar y llevar a cabo un interrogatorio completo sobre aspectos emocionales, sociales, familiares, de salud (antecedentes personales y heredo-familiares), las rutinas (de alimentación y de sueño), se observa en el pequeño el lenguaje, tipo de juegos, actitudes espontáneas o inducidas.²⁸

Existe una infinidad de variantes que puede padecer un niño en cuestiones del lenguaje, la terapia que se lleva a cabo dependerá del caso para cada individuo y la frecuencia con la que se llevarán las sesiones también dependerán del trastorno a tratar. Los trastornos del habla abarcan los problemas de la articulación de las palabras, relacionados a anomalías anatómicas; malformaciones de la boca, dientes; y trastornos fonéticos (es decir la dificultad de en la producción de sonidos) y disfemias (tartamudez). Los trastornos del lenguaje son las dificultades tanto en la expresión como en la comprensión del lenguaje, disfasias y afasias. Los siguientes son casos en que niños y

adultos pueden verse beneficiados de la terapia del lenguaje.^{28, 29}

NIÑOS Y ADULTOS:

- Retraso simple y moderado del lenguaje. Escaso vocabulario, no entiende cuando le hablan.
- Dislalia. Dificultad para articular las palabras debido a malformaciones o defectos en los órganos que intervienen en el habla.
- Fonética. Cuando no produce determinados sonidos (en lugar de decir “perro” dice “pelo”) o cambia un sonido por otro debido a que no logra producir ese sonido (en lugar de decir “dado” dice “tato”).
- Fonológico. Simplifica las palabras (en lugar de decir “plátano” dice “tano”).
- Orgánico. Dificultad para producir sonidos debido a malformaciones de los órganos articulatorios (labios, lengua, paladar, etc.)
- Trastornos orofaciales como la succión, deglución, masticación y respiración.
- Disartrias. Dificultad para articular palabras debido a la debilidad de los músculos que se utilizan al hablar.
- Disfasias. Alteración en la expresión y comprensión del lenguaje.
- Trastorno de déficit de atención/ Hiperactividad.
- Disfemias. Tartamudeo al hablar.
- Disfagia. Dificultad para pasar líquidos y sólidos.

En resumen, existen básicamente 5 tipos de alteraciones del habla: La disartria, la disfemia, la dislalia, la dislalia audiógena y

la disglosia mandibular.

6. Rehabilitación integral: La relación entre el odontólogo y el terapeuta del lenguaje.

Durante su formación académica el profesional de la salud se va haciendo consciente sobre la responsabilidad que adquiere al tratar a un paciente, al igual que se forman sus criterios basados en la práctica clínica y la experiencia y entender que muchas veces, los tratamientos para un paciente pueden llegar a ser muy complejos y que requerirán del apoyo de especialistas o de otras disciplinas, haciendo así una rehabilitación multidisciplinaria como es en el caso del odontólogo y el terapeuta del lenguaje (logopeda); el factor en común que hay entre ellos es la cavidad oral, en la que encontramos los elementos utilizados para realizar funciones como la masticación y la fonación.

La relación entre la logopedia y la odontología, en especial la ortodoncia y la ortopedia maxilofacial, se basa en el estudio de las funciones orales reflejo-vegetativas de carácter pre lingüístico como la respiración, succión, masticación y deglución, las cuales permiten crear un vínculo entre estas dos profesiones. En el caso de la odontología estas funciones son responsables de la correcta estabilidad e inclinación axial de los dientes y la morfología maxilar. Muchos factores contribuyen a la estabilidad de las estructuras óseas y patrones miofuncionales de la cara y para su estudio se deben abarcar diferentes áreas de conocimiento donde intervienen diferentes profesionales de la salud, el logopeda debe ser parte de este equipo

interdisciplinario. En ésta última década el logopeda ha realizado un trabajo más personalizado dentro del ámbito de la motricidad oral, teniendo una mejor comprensión sobre las alteraciones oromiofuncionales.²⁹

La dislalia por ejemplo es una de las alteraciones del lenguaje más frecuentes en pacientes con maloclusión dental, ya sea adquirida por alguna alteración genética como fisura labio-palatina o por alguna alteración miofuncional orofacial como la deglución atípica o algún hábito como la succión digital; es donde tanto el ortodoncista, ortopedista y logopeda trabajan de la mano para un mejor resultado, que se ve más beneficiado si se detecta de manera temprana, como en el caso de la rehabilitación de fisura labio-palatina, la cual es evidentemente diagnosticada desde el momento del nacimiento y en la que el objetivo desde el punto de vista fonético, es lograr que la resonancia del paciente tenga una resonancia nasal y una articulación dentro de los parámetros normales; en cuanto al odontólogo su objetivo es mantener la salud bucal del menor, al igual que corregir lo más aproximado a la normalidad las estructuras anatómicas con ayuda de la ortodoncia y la cirugía maxilofacial.

7. Infografía “Succión digital”.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLÓGIA
SEMINARIO DE ODONTOLÓGIA COMUNITARIA
“RELACION DEL ODONTÓLOGO CON EL TERAPEUTA DEL LENGUAJE”
ALUMNA: FLORES ALCANTARA NANCY



SUCCIÓN DIGITAL.

CONSECUENCIAS BUCALES:

- inclinación de incisivos superiores hacia adelante.
- mordida abierta/ mordida cruzada.
- diastemas.
- paladar profundo y ojival.
- lengua protráctil.
- hipotonía labial.







Mordida abierta causada por hábito de succión...



CONSECUENCIAS FONÉTICAS:

- distorsión del sonido /s/ produciendo que éste salga soplado (ceceo).
- sustituciones u omisiones de los sonidos /t/ /d/ /n/ /l/ /r/.
- debido a esto el habla del niño será poco entendible para las personas que tienen poco contacto con él.



TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO. (ORTODONCISTA-LOGOPEDA)

- aparatología (Ortopedia/ Ortodoncia).
- terapia mio-funcional por el logopeda.
- Explicar al niño de acuerdo a su edad las consecuencias de éste hábito, persuadiéndolo a dejar de hacerlo o irlo reduciendo poco a poco.



Referencias:
Solís - Espinoza ME. Succión digital: repercusiones y tratamiento. spo [Internet]. 2018;17(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.33738/spo.v17i1.114>
<https://tibeccah.wordpress.com/2018/01/13/succion-digital-repercusiones-anatomicas-articulatorias/>
<http://lapsico-goloteca.blogspot.com/2015/12/malos-habitos-orales.html>



Conclusiones.

El objetivo principal de este trabajo es informar la relación que existe entre el odontólogo y el terapeuta del lenguaje, se reconocieron las alteraciones estructurales genéticas y no genéticas que afectan el lenguaje, y cómo es el desarrollo normal del lenguaje; teniendo esta información logramos entender la importancia que tiene en primer lugar: el detectar de manera temprana las anomalías para poder obtener un mejor resultado y percatarse de si es necesario el trabajo en conjunto de éstas dos disciplinas. Remarcando la importancia de que el profesional de la salud a cargo del primer contacto con el paciente, cuente con esta información, ya que será fundamental para un mejor diagnóstico y tratamiento.

Para cumplir con el objetivo anterior se reconoció la importancia que tiene la parte preventiva, a partir de la consulta privada, en la que debe informarse a los padres de familia sobre el tema, ya que ellos son un elemento fundamental para la detección temprana, debido al contacto a diario con el paciente pediátrico, para fomentar la estimulación del lenguaje y estar al pendiente de su desarrollo, al igual que son un apoyo en el trabajo en conjunto del odontólogo y el terapeuta del lenguaje.

Referencias bibliográficas.

1. Castañeda PF. El lenguaje verbal del niño: ¿Cómo estimular, corregir y ayudar para que aprenda a hablar bien? [Internet]. UNMSM; 1999. Disponible en:
https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/linguistica/leng_ni%C3%B1o/caratula.htm
2. Etapas del desarrollo del habla y del lenguaje. NIH [Internet]. septiembre de 2010;(00-4781 S). Disponible en:
<https://www.nidcd.nih.gov/es/espanol/etapas-del-desarrollo-del-habla-y-el-lenguaje>
3. Sala Torrent M. Trastornos del desarrollo del lenguaje oral y escrito. AEPap [Internet]. 2020;251–64. Disponible en:
https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/congreso2020/251-264_Trastornos%20del%20desarrollo%20del%20lenguaje.pdf
4. Quezada M, editor. Desarrollo del lenguaje en el niño de 0 a 6 años [Internet]. AMEI-WAECE; 1998. Disponible en:
<http://www.waece.org/biblioteca/pdfs/d059.pdf>
5. Argandoña Pozo J, Pantoja Parada P, Cortés Araya JE. Rol de la lengua en la génesis de dismorfosis maxilares (I parte). Revista Dental de Chile [Internet]. 1998;37–42. Disponible en:
<https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/123377>
6. Torres Gallardo B. Anatomofisiología de la deglución. Universidad de Barcelona [Internet]. 2013; Disponible en:

http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/42652/1/ANATOMOFISIOLOGIA_DEGLUCION.pdf

7. García Linares S, Vargas Villanueva M. Análisis de los labios y su influencia en la estética dentofacial. Rev Simiykita. 2015;84–9.

8. Torres Gallardo B. Anatomía funcional de la voz. Capítulo 1 del Libro: Medicina del canto [Internet]. 2007. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/172280>

9. Hernández Vera CI. Cronología de la odontogénesis y edad dentaria en niños de la comunidad de madrid. Cambios seculares [Internet]. [Las palmas de gran canaria]: Universidad de las Palmas de Gran Canaria; 2013. Disponible en: <https://accedacris.ulpgc.es/handle/10553/10748>

10. Campos Munoz A, Gomez de Ferraris ME. Histología y embriología bucodental [Internet]. Panamericana Editorial; 2003. Disponible en: https://www.academia.edu/8172519/Histologia_y_Embriologia_Bucodental_Gomez_de_Ferraris

11. Berner JE, Will P, Loubies R, Vidal P. Examen físico de la cavidad oral. Medicina Cutánea [Internet]. 2017;167–70. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2016/mc163c.pdf>

12. Úvula [Internet]. Ecured.cu. [citado el 25 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.ecured.cu/%C3%9Avula>

13. Arsuaga JL, Martínez I. La especie elegida [Internet]. 1998. Disponible en:

<https://gramatica.usc.es/~gamallo/aulas/linguaespanhola/AparatoFonadorLectura.pdf>

14. Massana Molera M. Trastornos del lenguaje secundarios a un déficit instrumental: déficit mecánico articulatorio. Rev Neurol [Internet]. 2005;41(S01):S039. Disponible en:

https://sid.usal.es/idocs/F8/ART13958/trastornos_del_lenguaje_secundarios_a_un_deficit_instrumental.pdf

15. Aguilar Cañas SJ, Crespo Pérez NC, Mejía Martínez NK, Ramirez Arias LV, Tamara Moncada VA. Ruta de atención, criterios y metodologías para atención de lactantes con anquiloglosia. Revista Científica Signos Fónicos [Internet]. 2020;4(2):29–41. Disponible en: https://revistas.unipamplona.edu.co/ojs_viceinves/index.php/CDH/article/view/3971

16. Rosas Ortiz G, González Magaña F, González López BS. Anquiloglosia parcial (incompleta). Revista de la Asociación Dental Mexicana [Internet]. 2009;66(2):42–7. Disponible en:

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=28755>

17. Gutierrez Centeno LY. PREVALENCIA DE ANQUILOGLOSIA EN ESCOLARES DE 6 A 12 AÑOS DEL NIVEL PRIMARIO DE LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE LOS MUNICIPIOS DE ZACUALPA Y SAN MIGUEL USPANTÁN, EL QUICHÉ, 2006 [Internet]. [Guatemala]: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2006. Disponible en: http://www.repositorio.usac.edu.gt/15623/1/T_2269.pdf

18. Palmero Picazo J, Rodríguez Gallegos MF. Labio y paladar hendido. Conceptos actuales. Acta Médica Grupo Ángeles [Internet].

2019;17(4):372–9. Disponible en:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/COMPLETOS/actmed/2019/am194.pdf#page=54>

19. Rodríguez Aguirre GE. Logopedia y Ortopedia Maxilar en el tratamiento de Succión Digital, Deglución Atípica y Respiración bucal [Internet]. Universidad de Guayaquil; 2015. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/18017/1/RODRIGUEZgabriel.pdf>

20. Serra Negra JMC, Vargas Dodalto EC, Ramos Jorge ML. Hábitos bucales deletéreos, Capítulo 21, Manual de referencia para procedimientos clínicos en odontopediatría [Internet]. 2020. Disponible en: <http://www.colegiodontistas.org/sitCol/wp-content/uploads/2020/10/21.-Ha%CC%81bitos-bucales-delete%CC%81reos.pdf>

21. Cervera JF, Ygual A. Guía para la evaluación de la deglución atípica. En: Cuadernos de audición y lenguaje. 2002. p. 57–65.

22. Jiménez Jiménez J. Importancia de la deglución atípica en las maloclusiones. Odontol Sanmarquina [Internet]. 2017;19(2):41. Disponible en: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/12917>

23. Solís - Espinoza ME. Succión digital: repercusiones y tratamiento. spo [Internet]. 2018;17(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.33738/spo.v17i1.114>

24. Reina Chiclana IM. HÁBITOS DE SUCCIÓN EN LA INFANCIA Y CONSECUENCIAS PATOLÓGICAS EN LA OCLUSIÓN. REVISIÓN DE

LA LITERATURA Y ESTUDIO OBSERVACIONAL [Internet]. [Sevilla]: Universidad de Sevilla; 2016. Disponible en: <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/62126/TFG%20Isabel%20Mar%C3%ADa%20Reina%20Chiclana..pdf?sequence=1&isAllowed=y>

25. Ayala-Paredes MA, Pluas-Arias NZ, Pacherras-Seminario SF. La terapia del lenguaje, fonoaudiología o logopedia. P del C [Internet]. 2017;2(5):1230. Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/216>

26. Carrillo Valdiviezo JP. Imaginario social de la terapia de lenguaje. 2021; Disponible en: https://edu.ijd.org.mx/data/files/Imaginario-social-de-la-terapia-de-lenguaje_JUDITH-PAULINA-CARRILLO_vBLOG_vf.pdf

27. Moran Mesén A, Ruíz Guarín MP. Perfil profesional del terapeuta del lenguaje. Diario Oficial La Gaceta [Internet]. 2010; Disponible en: [https://medicos.cr/web/documentos/Perfil%20profesional%20del%20Terapeuta%20del%20Lenguaje%20\(aprobado%20por%20la%20JG\).pdf](https://medicos.cr/web/documentos/Perfil%20profesional%20del%20Terapeuta%20del%20Lenguaje%20(aprobado%20por%20la%20JG).pdf)

28. Eduardo Barragán P, Stephany Lozano S. Identificación temprana de trastornos del lenguaje. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2011;22(2):227–32. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864011704175>

29. García M. ¿Qué es la terapia de lenguaje? [Internet]. Vlindercenter.com. vlindercenter; 2016 [citado el 25 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.vlindercenter.com/single-post/terapia-lenguaje-df>