

DISGNACIAS Y DISLALIAS

PROF. Adj. Dr. TIBERIO KERTESZ

Facultad de Odontología
Cátedra de Otopedia Dento-máxilo-facial
Prof. Dr. Indalecio Buño

La palabra humana o lenguaje articulado es la facultad de precisar, de materializar, y de comunicar a otros, nuestros pensamientos, nuestras ideas por medio de ciertos signos convencionales.

Tenemos un fin; que es expresar las ideas y sentimientos por medio de la palabra.

Las ideas, están en relación con las facultades intelectuales. El lenguaje articulado, está en relación directa con los órganos que intervienen en la emisión de la voz.

El desarrollo, la maduración del niño, es el compendio de la evolución de la especie y en la maduración, adquisición del lenguaje manifiesta una evolución similar y enriquece su lenguaje en el transcurso del tiempo en la misma forma según sus necesidades.

En los primeros días de nacido, manifiesta sus sentimientos (hambre, malestares), en forma de gritos inconcientemente. Después lo hará en forma conciente. Posteriormente oiremos monosílabas, palabras, palabras-frases, que tienen para él, distintos significados, que sólo son entendidos por las personas que están en contacto con él. Para llegar al lenguaje propiamente

te dicho irá también perfeccionando la articulación, pero para ello los órganos de la fonación deben tener la habilidad necesaria para pasar de una posición a otra con rapidez. La riqueza de las palabras con las que va a expresar sus ideas dependerá del medio cultural, familiar y social en el que se desenvuelve, puesto que el medio ambiental ejercerá una influencia importante y directa sobre su maduración intelectual.

En el momento del nacimiento hay cambio de temperatura, y la entrada de aire en los pulmones, provocará un grito que es involuntario. El primer fonema (la vocal A) es el más fácil: abre la boca y expulsa el aire sonoro.

Luego seguirán las otras vocales y a los 4 meses pronunciará algunas sílabas. A los 6 meses quiere imitar lo que oye pero no puede hacerlo, no puede expresar lo que comprende aunque la comprensión del lenguaje se realiza antes que la articulación. Observando la expresión del niño, la fisonomía, sus muecas, vemos que comprende mucho de lo que se le dice.

A los 30 meses terminada la erupción de los segundos molares

caducos, el niño ha madurado física y mentalmente; distingue entre las cosas, en el ambiente que lo rodea algunas que le son útiles, y otras que no lo son. El lenguaje es algo muy útil para él; cuando necesita algo lo utiliza. Ya no pronuncia las palabras para imitar sino que las emplea para conseguir algo.

No solamente oímos palabras correctas sino que aparecen otras incorrectas, mal articuladas, pero no son dificultades de emisión de la voz sino neologismos infantiles.

A los 4 años el lenguaje se ha enriquecido, hace muchas preguntas pero no sólo por curiosidad, sino para hablar más, para practicar el lenguaje.

A los 5 años su lenguaje no debe tener más la articulación infantil; debe articular correctamente, aunque existen diferencias individuales influenciadas por el nivel intelectual, el medio familiar y social, diferente personalidad.

Cuando estos factores influencian negativamente; es decir cuando el niño llega a los 6, 7, 8, 9, 10 años y sigue articulando defectuosamente decimos que el niño tiene

"DISLALIA".

"La dislalia es una perturbación del lenguaje que se caracteriza por la dificultad de emitir correctamente uno o varios fonemas, modificando el lenguaje, en consecuencia la pronunciación".

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los elementos orgánicos que intervienen en la articulación de la palabra son órganos duros y blandos del sistema estomatognático, a los que debemos agregar el aire expirado que pasa por las diferentes válvulas músculo-esqueletales. Estas válvulas están creadas **funcionalmente** por: la glotis, mecanismo palato-faríngeo, lengua y paladar blando, lengua y paladar duro, lengua y arco alveolar, labios y dientes y labios en relación entre ellos.

El aire expirado pasa por el conducto formado por los órganos duros y blandos citados anteriormente. Los blandos pueden agrandar o achicar los canales por donde pasa el aire. Los duros de acuerdo a su conformación y posición, también pueden agrandar o achicar el conducto. En caso que las funciones de los órganos blandos están alteradas y/o cuando la conformación y posición de los órganos duros sea anómala, se producirán modificaciones en el aire expirado en toda su extensión porque las condiciones, como ser cambios de presión y vibración del aire han sido cambiadas porque la función de las válvulas no podrá ser normal.

Las anomalías orofaciales se refieren a las estructuras relativamente inmóviles de la boca y de la cara y también a los tejidos blandos músculo-tendinosos muy móviles. Las anomalías dentarias que aquí consideramos son desviacio-

nes en cuanto a número, posición tamaño, forma, etc.

Las disgnacias son anomalías de forma, de posición estructura, etc. y función, del sistema estomatognático.

De lo expresado anteriormente deduciríamos que las disgnacias podrían ser la causa de las dislalias.

HIPOTESIS

Las disgnacias pueden influenciar los patrones del habla, pero no son causas primarias de las dislalias a pesar que se tiene el concepto de que las dislalias se encuentran con más frecuencia en los individuos con disgnacias.

PLAN DE TRABAJO

(Estudio hecho hasta la fecha).

Se han seleccionado 240 pacientes de 4 a 24 años de edad presentando las siguientes dignacias: Normoclusión, mesioclusión, distoclusión, mordida abierta y profunda, diastemas y apiñamiento.

Los pacientes no presentaban anomalías consideradas graves es decir, no hay entre ellos fisurados, con micrognatismo exagerado y

tampoco entre los pacientes observados, se presentaban con retraso mental, ni tampoco se ha considerado la tartamudez.

Es de suma importancia para emitir nuestra hipótesis aclarar lo que consideramos anomalías graves.

Después de haber estudiado un paciente, luego del examen facial, bucal radiográfico, examen de modelos, funcional, etc. Emitimos el diagnóstico de Clase III o mesioclusión; estamos pensando, recordando y desde luego comparando este caso; Con qué? Con lo que consideramos una norma, una ley. Todas las Clases III tienen determinados signos que las distingue de las otras anomalías y es normal que tengan esos signos sino no sería una Clase III sino cualquier otra anomalía. Pero si a esa Clase III o Mesioclusión se le agrega una mordida abierta, endognacia grande del maxilar superior e interposición de lengua, desviación de la mandíbula por algún contacto prematuro, no es una Clase III normal sino que se desvía de la común y es una anomalía grave.

RELACION ENTRE DISGNATIAS Y DISLALIAS

PACIENTES	DISLALIAS	PORCENTAJE
240	82	60%
Si las causas de las dislalias fueran las disgnacias el porcentaje tendría que ser mucho más elevado.		
DE 4 A 6 AÑOS		
PACIENTES	DISLALIAS	PORCENTAJE
98	59	34%

Disminuye el porcentaje aunque es alto; puede ser debido al recambio, hay brechas y el porcentaje es elevado porque, y es notorio, es la época en que concurre por primera vez a la escuela y la maestra hace notar a la madre los

defectos que pueden tener en la articulación de la palabra. No hemos hecho una estadística año por año desde los 6 a los 12 años, pero hemos observado que el porcentaje va disminuyendo con el aumento de la edad de los pacientes.

DE 12 AÑOS EN ADELANTE

PACIENTES	DISLALIAS	PORCENTAJE
72	17	26%6

Después de los 12 años el porcentaje de dislalias disminuye notablemente pero no porque se han corregido las disgnacias, sino que se ha corregido la articulación del habla por acomodación de las par-

tes blandas a las duras, por compensación o porque han concurrido a clases de foniatría, pero las disgnacias están: son 72 pacientes de más de 12 años.

RELACION ENTRE OCLUSION Y DISLALIAS

NORMOCLUSION	PACIENTES	DISLALIAS	PORCENTAJE
	88	40	45%4
DISTOCLUSION	PACIENTES	DISLALIAS	PORCENTAJE
	113	53	46%9
MESIOCLUSION	PACIENTES	DISLALIAS	PORCENTAJE
	22	7	31%8

En pacientes de Clase I y Clase II los porcentajes se acercan y hay diferencia con la Clase III. Debido a los diferentes signos de disgnacia los porcentajes tendrían que ser más altos si la causa de la dislalia fuera la maloclusión. La lengua, órgano muy móvil y exacto en sus movimientos no encuentra lugar suficiente (falta de espacio, estrechez del M.S.); los con-

tactos correctos establecidos en la articulación de los diferentes fonemas no existen, pero hay acomodación compensación de los tejidos móviles.

En la Clase II/I tendría que haber dificultad en la producción de los sonidos labiales, ej. (B) y (M) también dificultaría al paciente en pronunciar con exactitud la (S) y (C).

La clase III tendría que causar muchas dificultades en el habla pero no es así, porque la lengua y los labios se adaptan, a pesar que en este tipo de disgnacias la posición de la lengua muchas veces es baja como ha sido observado por A. Biourge y también hipertónica de manera que la contracción de la válvula linguo alveolar no se produce. Pero hay acomodación de la lengua; que en vez de contactar con las caras palatinas de los incisivos superiores entra en contacto con las caras palatinas de los incisivos inferiores. En tales individuos cuando articulan la (F) y la (V) en lugar de contactar el labio inferior con los bordes incisales de los incisivos superiores como es habitual, contactan ambos labios.

RELACION ENTRE MORDIDA ABIERTA Y DISLALIA

PACIENTES	DISLALIAS	PORCENTAJE
44	21	47%7

Es una anomalía vertical y podemos observar que el porcentaje de dislalias es casi igual al de la Clase II/I y Clase I pero de acuerdo a la anomalía tendría que ser mayor.

Creemos que el porcentaje no es más alto, porque esta disgnacia

va acompañada de interposición de la lengua y para articular los diferentes fonemas la lengua y los labios se acomodan a la malposición dentaria y en las sibilantes se produce una ranura entre el labio inferior y la lengua en lugar de obtener la sibilancia en forma interdental.

RELACION ENTRE MORDIDA PROFUNDA Y DISLALIA

PACIENTES	DISLALIAS	PORCENTAJE
45	15	33%3

De acuerdo a los signos de ésta anomalía el porcentaje tendría que ser también muy alto porque va asociada con endognasia, protrusión de los incisivos superiores, a veces hay diastemas, otras veces

no; en Clase II/II o Deckbiss tenemos retrusión de los incisivos superiores, signos que nos revelan una disminución de la cámara bucal y la lengua no puede tener su movimiento normal en relación al espacio estrecho que ocupa.

RELACION ENTRE DIASTEMAS Y DISLALIAS

PACIENTES	DISLALIAS	PORCENTAJE
55	30	54%5

Los autores opinan que la falta de dientes o la separación entre ellos son factores secundarios sobre todo en el sigmatismo (ceceo); pueden afectar la cualidad de las sibilantes pero no pueden ser considerados como causa primaria de defectos de las mismas. Esto es verdad, sin embargo, si se observa que el porcentaje es alto y se acerca mucho al porcentaje de dislalias de los niños cuya edad oscila de los 6 años a 12 años de edad del re-

cambio, podemos creer que la presencia de espacios tendría que aumentar el porcentaje de las dislalias.

Esas opiniones coinciden con nuestras observaciones porque normalmente los espacios producidos durante la época del recambio (desde los 6 años) tendrían que acercar el porcentaje de las dislalias al 100% y solamente tenemos 54 cercano al porcentaje (60%) de los niños de 6 a los 12 años.

RELACION ENTRE APIÑAMIENTO Y DISLALIAS

PACIENTES.	DISLALIAS	PORCENTAJE
73%	19	26%

A pesar de la disrelación entre tejido óseo y dentario (falta de espacio para la ubicación de las piezas dentarias) y por lo tanto el espacio está reducido para la movilidad de la lengua tenemos el porcentaje más reducido comparándolo con las demás anomalías, pero observamos que casi coincide con el porcentaje de los pacientes de más de 12 años por lo tanto podemos deducir que los tejidos blandos, las válvulas músculo-esqueléticas en función, fueron readaptándose a pesar de las maloclusiones) con el paso del tiempo. Aún había otra causa que explicaría este bajo porcentaje y es el factor psicológico. Los pacientes son más maduros mentalmente, la vida de relación les obliga fijarse no solamente en su vestimenta, su comportamiento, sino también en la articulación del habla.

CONCLUSIONES

De los 240 pacientes con diferentes disgnacias hay cierto porcentaje con dislalias.

La opinión generalizada es que disgnacias o maloclusiones son causas de dislalias pero entonces el porcentaje tendría que ser mucho más elevado.

De los 249 pacientes con diferentes disgnacias había un grupo solamente (diastemas) que pasaba del 50% y en las demás anomalías no llegaba al 50%.

No hay relación entre una clase de disgnacias con una clase de dislalia es decir: nosotros podemos encontrar pacientes con sigmatismo en cualquier tipo de anomalía; podemos encontrar rotacismo en cualquier tipo de anomalía.

Las disgnacias no son causa primera de las dislalias. Hay una

compensación, movimientos adaptados, de los tejidos móviles a las estructuras duras del sistema estomatognático.

RECOMENDACIONES

Pedimos a los colegas interesados en este problema que observen lo que nosotros notamos para que en poco tiempo podamos demost-

trar todos con un número mucho mayor de pacientes si nuestra hipótesis es verdadera o falsa.

SUMMARY

No relations found between any kind of dysgnatia and dystalias. That means disgnatia isn't primary factor of dyslalia. A compensation is established by the adaptaded movements of tissues at the hard estructuras of the stomatognatic system.

Naga 6243 - Tel. 50 07 08
Montevideo - R. O. del U.

Especialidades de aplicación en odontología

COACTIN

FUERTE

AMPOLLAS
TABLETAS

{ Analgésico
Antineurítico
Antiflogístico

FANALETAS

TABLETAS

{ Antibiótico - Antiséptico
Desodorante - Buco-Faríngeo

FEBRIMICINA

COMPRIMIDOS

{ El antibiótico analgésico

NOVEMINA

TABLETAS FUERTE
SUPOSITARIOS
SUPOSITARIOS FUERTE
AMPOLLAS
AMPOLLAS/CODEINA

{ Analgésico antiflogístico

VULNOFILIN

POLVOS

Restaurador histotrófico en odontología

