

Asociación de dislalias y anomalías dentomaxilares en niños. Revisión de la literatura.

Association of dyslalias and dentomaxillary anomalies in children. Review of the literature.

Waleska Carrasco,¹ Paulina García¹ & Michelle Sauré.¹

Carrasco, W., García, P. & Sauré, M. Asociación de dislalias y anomalías dentomaxilares en niños. Revisión de la literatura. *Int. J. Med. Surg. Sci.,* 4(3):1216-1221., 2017.

RESUMEN: Es frecuente encontrar niños con problemas para comunicarse y esto puede ser producto de un trastorno del habla, que corresponde a una alteración que involucra la pronunciación o producción de sonidos. El trastorno del habla más frecuente entre los escolares lo constituyen las dislalias, con una prevalencia de 70%. Las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de los problemas de salud bucodental, luego de la caries dental y la enfermedad periodontal. Latinoamérica tiene una situación preocupante al respecto, con altos niveles de incidencia y prevalencia de maloclusiones que superan el 85% de la población. El objetivo de este estudio es revisar la asociación existente en las anomalías dentomaxilares y dislalias en niños, descritas en la literatura para población infantil y adolescente. En términos generales, existen pocos estudios que hayan evaluado esta asociación. Existe una asociación positiva entre la presencia de anomalías dentomaxilares y la presencia de dislalias. A pesar de lo anterior, son escasos los estudios que han evaluado esta asociación, por lo que se hace necesaria la realización de más estudios en esta materia.

PALABRAS CLAVE: anomalía dentomaxilar, dislalias, niños.

INTRODUCCIÓN

Desde el nacimiento el hombre ha tenido la necesidad de comunicarse, sin embargo, este no posee el lenguaje desde su nacimiento, sino que lo va adquiriendo por imitación. Entendemos por lenguaje el uso convencional de las palabras escritas o habladas para comunicarse (Queiroz, 2002).

Uno de los componentes más importantes del lenguaje es el habla, que corresponde a la realización motora del lenguaje. Esta función se ejecuta gracias al sistema sensoriomotor oral que permiten la articulación de los sonidos del habla, y está compuesto por la faringe, laringe, paladar blando y duro, lengua, dientes, mejillas, labios y fosas nasales (Queiroz).

Es frecuente encontrar niños con problemas para comunicarse y esto puede ser producto de un trastorno del habla, que corresponde a una alteración que involucra la pronunciación o producción de sonidos. El trastorno del habla más frecuente entre los escolares lo constituyen las dislalias, con una prevalencia de 70% (Queiroz).

La dislalia se conoce como un trastorno en la articulación en la que existe ausencia o alteración

de sonidos. Es la incapacidad para producir ciertos fonemas aislados, en la sílaba o la palabra, no originada por una lesión cerebral (Queiroz; Pascual, 2007). Según las investigaciones una de las posibles causas de las dislalias puede ser las anomalías dentomaxilares.

Las Anomalías Dento Maxilares (ADM) corresponden a desviaciones de la normalidad de las relaciones espaciales entre las piezas dentarias, y de estas con los maxilares; las que se manifiestan clínicamente como maloclusiones. En la mayoría de los casos resultan de una discrepancia relativa entre el tamaño de los dientes y de los huesos; o de una desarmonía en el desarrollo de las bases óseas maxilares.

Las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de los problemas de salud bucodental, luego de la caries dental y la enfermedad periodontal. Latinoamérica tiene una situación preocupante al respecto, con altos niveles de incidencia y prevalencia de maloclusiones que superan el 85% de la población (Pino *et al.*, 2014).

El objetivo de este estudio es revisar la asociación existente en las anomalías dentomaxilares y dislalias en niños, descritas en la literatura para población infantil y adolescente.

¹ Facultad de Odontología, Universidad Andrés Bello. Chile.

Fonemas

Cada sonido producido en el habla es considerado un fonema, estos se conocen como vocales o consonantes y combinados forman las palabras (González, 2003).

La boca tiene un papel principal en la articulación de cada sonido ya que va a depender de la posición y movilidad de la lengua, la presencia y posición de dientes, movilidad de los labios y mejillas, posición de la mandíbula (Queiroz).

La lengua y el velo del paladar son los órganos más importantes en la articulación de fonemas.

En relación a la lengua tenemos que la punta y el dorso son las partes más activas. El velo del paladar es esencial ya que su extensión y movilidad permiten movimientos de gran rapidez (Manns & Díaz, 1988).

La adquisición fonológica es un proceso complejo (Navarro, 2007), en los 4 primeros años el niño adquiere progresivamente el sistema fonológico español (Tabla 2).

Tabla. 1. Clasificación de los fonemas.

Fonemas Vocálicos				
Siguiendo la zona de estrechamiento del trato vocal				
a. Palatales: i, e	b. Velares: u	c. Velofaríngeas: o	d. Faríngeas: a	
Siguiendo la mayor elevación lingual				
a. Anteriores: e, i	b. Centrales: a	c. Posteriores: u,		
Siguiendo el grado de contricción				
a. Estrecha: i, u, o	b. Amplia: e, a	c. Amplia o abierta: a, e	d. Reducida o estrecha: i, o, u	
Siguiendo la acción labial				
a. Lingualizado: o, u	b. Deslabializado: a, e, i			
Siguiendo su frecuencia				
a. Agudas: i, e	b. Medias: a	c. Graves: o, u		
Fonemas consonánticos				
Siguiendo el punto de articulación				
a. Labiales: p, b, m	b. Labiodentales: f, v	c. Linguodentales: d, t, s, y, z	d. Linguoalveolares: r, rr, n, l	e. Linguopalatales: g, j, ll, ñ, k
Siguiendo la forma de emisión				
a. Explosivas o plosivas u oclusivas: p, t, ch, q, k, y	b. Fricativas o sibilantes: f, s, l	c. Vibrantes: b, m, l, rr, n, d, y, ll, v, s	d. Nasales: m, n, ñ	
Siguiendo el tipo de sonido provocado				
a. Sordas o tenues: f, j, t, p, q, z, s		b. Sonoras o fuertes: l, ll, m, n, ñ, r, rr, v, y		

Tabla. 2. Orden de adquisición de las consonantes en la lengua española.

Edad	Fonemas esperados
2 años – 2 años 6 meses	Consonante /m/, /p/, /t/, y /b/ Todas las vocales
2 años 6 meses - 3 años	Consonantes /n/, /ñ/, /g/, /x/ y /f/
3 años – 3 años 6 meses	Consonantes /ch/ y /y/ A los 3.6 comienza una aproximación de los dífonos vocálicos
3 años 6 meses – 4 años	Consonantes /d/ y /l/ A los 4.0 hay una adquisición total de los dífonos vocálicos
4 años – 4 años 6 meses	Consonante /s/ Dífonos consonánticos con /l/
4 años – 4 años 6 meses	Consonante /r/ vibrante simple
4 años 6 meses – 4 años 9 meses	Dífonos consonánticos con /r/ Consonantes /rr/ vibrante simple

Dislalias

Es frecuente encontrar niños nos problemas para comunicarse y según esto debemos tener en cuenta la diferencia entre trastornos de lenguaje y habla. Entendemos como trastorno del lenguaje una alteración que compromete el uso del lenguaje para comunicarse. Por otro lado, los trastornos del habla son alteraciones que involucran la pronunciación o

producción de sonidos. Dentro de los trastornos del habla encontramos las dislalias (Queiroz).

La dislalia se conoce como un trastorno en la articulación en la que existe ausencia o alteración de sonidos, incapacidad para producir ciertos fonemas aislados, en la sílaba o la palabra, no originada por una lesión cerebral (Queiroz, Pascual).

González clasifica las dislalias de la siguiente forma (González) (Tabla 3):

Tabla. 3. Clasificación de las dislalias

Edad	Fonemas esperados
1. Por tipo de fonema alterado	1.1. Dislalias consonánticas 1.1.1 Sigmatismo: defecto de la s 1.1.2 Gamacismo: defecto de la g, k, q 1.1.3 Joticismo: defecto de la x 1.1.4 Lambdocismo: defecto de la l 1.1.5 Rotacismo: defecto de la r, rr 1.1.6 Deltacismo: defecto de la d, t 1.1.7 Betacismo: defecto de la p, b 1.2. Dislalias vocálicas
2. Por el tipo de error (14, 17):	2.1. Sustituciones: sustitución del fonema por otro, lo más común es dxl, lxr, lxxr. 2.2. Omisiones: omisión del fonema, se ha encontrado que con mayor frecuencia se presenta omisión de d, l, r. 2.3. Distorsiones: en lugar de fonema se produce un ruido que no pertenece al sistema fonético del idioma, lo más frecuente en estos casos son alteraciones en rr, r, s. Trastornos asociados a maloclusión.
3. Por la cantidad de fonemas alterados	3.1. Dislalia única: un solo punto articulatorio afectado. 3.2. Dislalia múltiple: varios fonemas y distintos puntos articulatorios afectados. 3.3. Dislalia sistematizada: varios fonemas alterados, pero que responden a un mismo punto de articulación afectado.
4. Por etiología	4.1. Dislalias orgánicas: Son producto de malformaciones osteomusculares del aparato bucofonador. Las anomalías de oclusión dentaria son la causa más frecuente de este tipo de dislalias. 4.1.1. Dislalias velopalatinas: se producen por una malformación en el paladar secundario duro o blando, lo más frecuente es que se produzca alteración de las consonantes q, k, g. También puede existir alteración de la t y d. 4.1.2. Dislalias audiogenas periféricas: son producto de una hipoacusia bilateral irreversible. Los fonemas más alterados son los vocálicos en especial los agudos e, i. dentro de los consonánticos existe una alteración en la f, s, j. 4.1.3. Dislalias nasales o rinolalias cerradas: la causa más común de este tipo de dislalias es la hipertrofia adenoidea la que produce alteraciones de distorsión, tiene buen pronóstico al eliminar la causa. 4.1.4. Dislalias linguales orgánicas: en este caso el frenillo lingual produce inmovilidad de la lengua, la alteración de articulación más frecuentes involucra fonemas consonánticos linguodentales, linguoalveolares y linguopalatales. 4.1.5. Dislalias odontológicas: Es la más común y con mejor pronóstico, se produce por un desequilibrio interdentario que trae como consecuencia una deglución atípica y dislalia afectando a los fonemas t y d. 4.1.6. Dislalias labiales: la causa es la fisura labial con ubicación lateral o comisural, pudiendo ser unilateral o bilateral. Los fonemas más comúnmente alterados son: p, d, m, f, v. 4.2. Dislalias funcionales: Alteración de fonemas sin que existan defectos anatómicos, neurolingüísticos o parálisis que lo justifiquen. 4.2.1. Dislalias psicológicas o emocionales: suele aparecer a los 5 años por una tensión emocional, lo que provoca una regresión del habla. 4.2.2. Dislalias linguales funcionales: es producto de hábitos orales regresivos, como la succión de chupete, mamadera, digital, u otro elemento superados los dos años de edad. Lo más común es que se produzca rotacismo y deltacismo. Dislalias audiogénicas centrales: en estos casos existe disfunción auditiva central, frente a esto lo más frecuente es una ausencia del habla y si se logra salir del mutismo, la dislalia es una consecuencia de la evolución del paciente.

Diversos estudios indican que los fonemas más alterados en niños corresponden a d, r, rr, l, s y con menos frecuencia tenemos la n, o, z, f (Álvarez *et al.* 2005; Orozco *et al.* 2012; Orozco *et al.* 2006).

Se pueden producir alteraciones en la articulación de fonemas por causas como: malposición dentaria, diastemas, ausencia de piezas dentarias, ADM, labio leporino, fisuras palatinas entre otras (Manns & Diaz). Sin embargo, la lengua y labios tiene gran capacidad adaptativa, por lo que las no siempre una alteración anatómica de la cavidad bucal será motivo de dislalia (Moyers, 2005).

El niño dislábico ha grabado firmemente en su mente la relación entre la cosa y la palabra, tal como él la ha pronunciado. Esta relación es tan íntima y firme que es difícil romperla. Para el oído dislábico la palabra que se pronuncia suena perfectamente correcta. El tratamiento consiste en reeducación logopédica y debe empezar hacia los 4 años y medio de edad para tener una buena colaboración del niño.

La reeducación de la dislalia no debe intentar corregir el fonema mal articulado sino enseñarlo de nuevo. Es decir, el niño tiene que primero olvidar la manera con la que articula determinado fonema distorsionado y, conseguido esto, aprender a articularlo correctamente. Las etapas por las que debe pasar serán de habituación, facilitación, asociación y utilización.

Hay que ejercitar la agilidad de los órganos de la articulación. El tratamiento consiste en enseñar al niño la posición y movimientos correctos de los órganos de la articulación (Perelló, 2005).

ANOMALIAS DENTO MAXILARES

Las ADM corresponden a desviaciones de la normalidad de las relaciones espaciales entre las piezas dentarias, y de estas con los maxilares; las que se manifiestan clínicamente como maloclusiones (Sandoval, 2002).

En la mayoría de los casos resultan de una discrepancia relativa entre el tamaño de los dientes y de los huesos; o de una desarmonía en el desarrollo de las bases óseas maxilares. Las maloclusiones poseen una etiopatogenia multifactorial, cuyos factores responsables se pueden dividir en términos generales, en factores generales y factores locales (Sandoval).

Los factores generales corresponden a los sitios etiológicos primarios de una maloclusión, y son aquellos que afectan al conjunto de la oclusión. Estos incluyen los factores óseos (tamaño, forma y posición relativa de ambos maxilares), los factores musculares (forma y función de la musculatura orofacial), los factores dentales (tamaño dentario

en relación al tamaño de los maxilares) y los otros tejidos blandos del sistema masticatorio (Sandoval).

Los factores locales en cambio no siempre están presentes en el desarrollo de una maloclusión y actúan de forma aislada o en combinación, superponiendo sus efectos sobre los factores generales.

De esta forma determinan una anomalía adicional en el desarrollo de la oclusión y/o en la posición de los dientes. Estos incluyen a las anomalías en el número de piezas dentarias (agenesias y supernumerarios), anomalías en el tamaño dentario, anomalías en la morfología dentaria (dehiscencia, concrecencia, fusión dentaria, geminación, ezquizodoncia, y "dens in dente"), pérdida prematura de piezas dentarias (temporales o permanentes), malos hábitos (succión digital, succión labial, succión de chupete y/o mamadera, interposición lingual, respiración oral, etc.) y otras causas (caries, traumatismos, noxaspatológicas, etc.).

Las ADM son muy variadas en cuanto a sus orígenes y manifestaciones clínicas. Para facilitar su estudio se han agrupado aquellas que presentan características similares, surgiendo una serie de clasificaciones entre las que encontramos (Sandoval):

1. Clasificación según Angle:

Corresponde al análisis sagital de las arcadas dentarias, tomando como punto de referencia fijo el primer molar permanente.

2. Clasificación según Lischer:

Está basada en la clasificación de Angle, pero además involucra la mal posición dentaria. En 1911 el divide la oclusión patológica en:

- Malposición de los dientes
- Relaciones anormales de las arcadas
- Malposición de los maxilares
- Malposición de la mandíbula

3. Clasificación según Simon:

Esta clasificación está basada en principios morfológicos. Divide a las maloclusiones relacionando los arcos dentarios con tres planos anatómicos: Frankfort, el sagital medio y el orbitario.

- Anomalías anteroposteriores: En este caso emplea como referencia el plano orbitario que pasa por los dos puntos infraorbitarios y es perpendicular al de Frankfort. Simon denominó protracción al desplazamiento hacia adelante de todo el arco o parte del mismo: y retracción al desplazamiento de uno o más dientes hacia atrás.

- Anomalías Transversales: Se relacionan con el plano sagital medio, y se dice contracción cuando hay acercamiento de un diente o segmento del arco

y distracción para el alejamiento con relación al plano.

- Anomalías verticales: Se relaciona al plano de Frankfort y se denomina atracción cuando se acercan al plano por ejemplo intrusión de dientes maxilares o extrusión de dientes mandibulares y se llama abstracción cuando se alejan.

4. Clasificación biogenética modificada:

Divide las anomalías dentomaxilares en anomalías intermaxilares e intramaxilares. Las anomalías intermaxilares son en sentido Transversal, Vertical y Sagital; mientras las intramaxilares son el tamaño de las piezas dentarias, en el número de piezas dentarias y por pérdida de tejido dentario.

Con respecto al tratamiento de las anomalías dentomaxilares, en la literatura se describen múltiples alternativas, siendo posible que la anomalía se corrija por si sola de acuerdo al patrón de crecimiento esquelético y muscular del niño; por esto es de vital importancia el diagnóstico certero y la evaluación constante del niño que presenta hábitos orales no acordes a su edad (Escobar, 2011).

Por otro lado, existen tratamientos ortodóncicos, los cuales pueden ser aplicados de manera interceptiva o a través de aparatología fija, que corregirán aquellas anomalías que permanezcan en el niño (Escobar). A modo de ejemplificar uno de los tratamientos de las anomalías dentomaxilares, se expone lo siguiente: "Debido a que la compresión maxilar es una anomalía progresiva es fundamental tomar medidas terapéuticas (eliminar hábitos, interferencias cuspideas) en cuanto sean detectadas para no impedir el normal desarrollo del maxilar" (Sandoval). Existen variados tratamientos de acuerdo con el tipo de anomalía, pero no se desarrollarán en esta instancia, puesto que no es el objetivo de este trabajo de investigación.

ASOCIACIÓN DE DISLALIAS Y ANOMALÍAS DENTOMAXILARES.

En términos generales, existen pocos estudios que hayan evaluado esta asociación. Taboada et al. (2011), evaluaron la prevalencia de maloclusiones y de los trastornos del habla en una población preescolar de 4 a 6 años de edad del oriente de la ciudad de México. El 61% presentó maloclusiones, mientras que los trastornos del habla se presentaron en 42%. No se encontró asociación entre las maloclusiones y trastornos del habla, pero ambos problemas estuvieron presentes.

Orozco et al. (2012) buscaron identificar las consonantes relacionadas con maloclusiones según Angle en una población conformada por 156 preescolares de 3 a 5 años. En clase I se presentaron omisión de los fonemas "p" 34%, "b"

26%, sustitución en F 12%, M 28%, M 36%, K 23%, distorsión en X 18%, en clase II T 15%, D 56%, distorsión en S 45%, N 30%, y en clase III distorsión en D 83%, L 86%. Las anomalías de oclusión dentaria fueron la casusa más frecuente de dislalias orgánicas. El resalte aumentado y los diastemas fueron las maloclusiones que con mayor frecuencia provocaron alteraciones articulatorias. Las dislalias funcionales fueron las que se detectaron con mayor frecuencia. Se encontró, además, una gran relación entre anomalías de oclusión y la presencia de hábitos deformantes que pueden ser prevenidos en la atención primaria.

Álvarez et al. evaluaron la asociación entre los trastornos del habla y la maloclusión dental con planos terminales y maloclusión de Angle. El 16% de los pacientes presentó mordida cruzada, el 32% mordida abierta anterior, 20% sobremordida vertical, 12% traslape horizontal y 20% giroversiones de 45°. La prevalencia de sustitución en mordida cruzada es de 16%, la de omisión es de 14% y de distorsión es de 8%.

Se encontró asociación significativa entre los planos terminales mesial exagerado, distal y mordida abierta y los trastornos del habla, siendo el mayor trastorno del habla la sustitución. El mayor trastorno del habla en sobremordida vertical y horizontal es la omisión. Los fonemas que se presentan con mayor distorsión fueron: /rr/, /r/, /s/. Los fonemas que se presentaron con mayor omisión fueron: /d/, /l/, /r/.

Los fonemas que se presentaron con mayor sustitución fueron: /dxl/, /lxr/, /lxrr/. Ciertas malposiciones dentales parecen excluir o dificultar la formación de las constricciones apropiadas del tracto vocal.

También Herrero (2003) determinó la frecuencia y tipos de anomalías dentomaxilares, malos hábitos orales y alteraciones fonoarticulatorias en los niños preescolares y escolares de la población endogámica de las islas de Juan Fernández. La prevalencia de anomalías intra e intermaxilares fue de un 62,5% y 53,9% respectivamente. Por otra parte, las alteraciones funcionales en la respiración y/o deglución se correlacionaron con ADM, lo que no ocurrió malos hábitos de succión e interposición practicados en forma intermitente.

CONCLUSIÓN

Existe una asociación positiva entre la presencia de anomalías dentomaxilares y la presencia de dislalias. A pesar de lo anterior, son escasos los estudios que han evaluado esta asociación, por lo que se hace necesaria la realización de más estudios en esta materia.

Carrasco, W., García, P. & Sauré M. Association of dyslalias and dentomaxillary anomalies in children. Review of the literature. *Int. J. Med. Surg. Sci.*, 4(3):-1216-1221., 2017.

SUMMARY: It is common to find children with problems to communicate and this can be the product of a speech disorder, which corresponds to an alteration that involves the pronunciation or production of sounds. The most frequent speech disorder among school children is dislalias, with a prevalence of 70%. The malocclusions occupy the third place of prevalence within oral health problems, after dental caries and periodontal disease. Latin America has a worrying situation in this regard, with high levels of incidence and prevalence of malocclusions that exceed 85% of the population. The aim of this study is to review the existing association between dentomaxillary anomalies and dyslalias in children described in the literature for children and adolescents. In general terms, there are few studies that have evaluated this association. There is a positive association between the presence of dentomaxillary anomalies and the presence of dyslalias. Despite the above, there are few studies that have evaluated this association, so it is necessary to conduct more studies in this area.

KEYWORDS: dentomaxillary anomaly, dyslalias, children.

REFERENCIAS

Alvarez, L., Oropeza, P., & Elorza, H. Trastornos del habla asociados a maloclusión dental en pacientes pediátricos. *Rev. Odontol. Mex.*, 9(1):23-29, 2005.

Escobar F. Odontología pediátrica. 3 ed. Santiago., Ripiano, 2011.

González, J. Alteraciones del habla en la infancia. 1 ed. Buenos Aires., Panamericana, 2003.

Herrero, C. Anomalías Dentomaxilares, Malos Hábitos Orales Y Alteraciones Fonoarticulatorias En La Población Endogámica Del Archipiélago De Juan Fernández. [Tesis]. Santiago, Chile: *Universidad de Chile*; 2003.

Manns, A., & Díaz, M. Sistema estomatognático. 1 ed. Santiago., *Ximpauser*. 1988.

Moyers, R. Manual de ortodoncia. 4 ed. Argentina, Médica panamericana, 2005.

Navarro, M. Adquisición del lenguaje, orden de adquisición de los consonantes en la lengua española. *CAUCE.*, 30:297-336, 2007.

Orozco, L., Cardoso, M., Sánchez, C., Moreno, W., Moreno G., & García, P. Problemas del lenguaje relacionados con maloclusiones., *Revista especializada en ciencias de la salud*, 9(1-2):30-35, 2006.

Orozco, L., Moreno, W., Sánchez, C., Álvarez, A., Cardoso, M., & Moreno, G. Articulación de las consonantes en maloclusión dental., *Revista especializada en ciencias de la salud*, 15(1):26-29, 2012.

Pascual, P. La dislalia, naturaleza diagnóstico y rehabilitación. 3 ed. Madrid., *Cepe*, 2007

Perelló, J. Trastornos del habla. 5 ed. Barcelona., *Masson*, 2005.

Pino, I., Véliz, O. & García P. Malocclusions according to the dental aesthetic index in seventh-grade students from Santa Clara. *Medicentro Electrónica*, 18(4): 177-179, 2014.

Queiroz, I. Fundamentos de fonoaudiología. 1 ed. Buenos Aires., *Panamericana*, 2002.

Sandoval, P. Manual de Ortodoncia Interceptiva: Anomalías Dentomaxilares.[Tesis].Universidad de la Frontera, Chile; 2002.

Taboada, O., Torres, A., Cazares, C. & Orozco, L. Prevalencia de maloclusiones y trastornos del habla en una población preescolar del oriente de la ciudad de México. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.*, 68(6):425-430, 2011.

Corresponding author:

Waleska Carrasco.

Autopista Concepción – Talcahuano, 7100.

Chile

Fono: 56-9 62397535.

E-mail: waleska.carrasco@hotmail.com

Conflict of Interest. No presenta conflictos de interés.

Financial Interest: Ninguno.

Acknowledgements: Ninguno.

Receipt: 09-11-2017

Acceptance: 16-11-2017