

Problemas de Lenguaje en las Maloclusiones Dentarias

Luis J. Bonilla Salas*

INTRODUCCION:

El objeto de la presente revisión es hacer un repaso de las maloclusiones dentarias y los defectos del lenguaje que éstas producen; además de hacer del conocimiento de todo el cuerpo médico en general, de las consecuencias psicopatológicas que pueden acarrear en un momento determinado, las alteraciones de la comunicación lingüística por dichos defectos. La ortodoncia beneficia al paciente en un aspecto más que todo mecánico funcional, pero en muchas ocasiones sin la ayuda de la foniatría, no se logra la colocación del paciente en un plano psico-somático-social adecuado. Ambas ramas, la ortodoncia y la foniatría, deben de reunir esfuerzos y trabajar en equipo, para lograr lo antes mencionado.

ETIOLOGIA DE LA MALAOCLUSION

Podemos clasificar la etiología de la malaoclusión en dos grandes grupos: 1. *Causas locales o intrínsecas* y 2. *Causas generales o extrínsecas*. Entre las primeras debemos mencionar las más importantes como son las anomalías de cantidad. Varias teorías se han desarrollado para explicar los dientes supernumerarios o ausentes. Los dientes supernumerarios son más comunes en el maxilar, generalmente cerca de la línea media. Aún cuando se encuentran con más frecuencia en el maxilar pueden crecer en cualquier parte de la boca. Es más frecuente la ausencia de dientes que la presencia de supernumerarios; esta ausencia de dientes puede ser en ambos maxilares. La anomalía de tamaño es otro factor de malaoclusión dentaria, lo mismo que el apiñamiento, pero las posibilidades son mayores en este último, cuando los dientes son grandes que cuando son pequeños. La anomalía en forma es otro factor importante de tomar en cuenta, sobre todo cuando es el incisivo lateral enano, ya que es la más frecuente. El llamado frenillo labial anormal ha sido de mucha

* Departamento de Audiología y Foniatría Servicio de O.R.L. Hospital México.

discusión; el problema es la distema que se produce entre los incisivos superiores; basta decir aquí que el mero corte del frenillo no lo resuelve. La pérdida prematura de los dientes temporarios y la retención prolongada y reabsorción anormal de los mismos, son causas importantes de maloclusión dentaria. La vía anormal de erupción es causa que no debe subestimarse. Esta es generalmente una manifestación secundaria de una lesión primaria; la causa más probable de tal erupción es un traumatismo. Las caries deben de ser consideradas entre estas causas locales porque llevan a la pérdida de dientes temporarios o permanentes que pueden causar daño en la integridad del arco dentario, así como también la restauración incorrecta que afecte dicho arco y causa separación de los puntos de contacto y la subsecuente rotación de dientes. Entre las causas generales o extrínsecas podemos mencionar las siguientes: La herencia (patrón hereditario), defectos congénitos como labio y paladar hendidos, causas prenatales y postnatales, enfermedades infecciosas, enfermedades metabólicas, problemas de nutrición, malos hábitos como: lengua protráctil, morder los labios, chupetear de dedos (succión del pulgar), mordida de uñas, deglución impropia, postura corporal inadecuada, anomalías respiratorias, etc.

CLASIFICACION DE LAS MALOCLUSIONES

Hay numerosos métodos para clasificar las maloclusiones. Quizás, la clasificación más antigua y universalmente más usada es, la de Edward H. Angle, quien la dió a conocer en 1899. Simon realizó uno de los mejores esfuerzos en su clasificación usando el sistema gnatostático y orientando la dentición a marcas antropométricas en un intento para mostrar mejor la relación actual de la dentición con la cara; sin embargo es usada actualmente por pocos clínicos. Aunque en la actualidad es evidente para la mayoría de los ortodoncistas, que la relación del primer molar superior permanente no es tan inviolable, como lo escribió Angle en su libro, escogeremos su clasificación para nuestra revisión. Este sistema se basa en las relaciones anteroposteriores de ambos maxilares; como lo dijimos anteriormente, Angle lo limitó a la relación de la mandíbula con el arco dental superior; las divide en tres tipos:

CLASE I. Llamada también neutrooclusión. Es cuando se observa unrelación anteroposterior normal entre los molares superiores e inferiores. Las malposiciones individuales de los dientes, las rotaciones, la falta de dientes, las discrepancias de tamaño, caen en esta clasificación.

CLASE II. Se le conoce también con el nombre de Distoclusión. En esta clase de maloclusión se observa una relación distal de la mandíbula con los maxilares. Se conocen dos tipos: tipo uno: es cuando los incisivos superiores están típicamente en labioversión exagerada. Tipo dos: es cuando los incisivos centrales superiores son casi normales en relación anteroposterior, presentan ligera linguoversión.

CLASE III. Llamada también Mesioclusión. Son aquellas maloclusiones en las que existe una relación mesial entre mandíbula y maxilares. La fisura mesial del primer molar permanente mandibular se articula anteriormente con la cúspide del primer molar anterior.

PROBLEMAS DE LENGUAJE

La posición de los dientes y su relación con los tejidos de soporte es un elemento básico en la fisiología del lenguaje. Los sonidos normales o anormales se producen a través de los cambios relativos de posición de éstos tejidos duros y blandos, sobre todo porque ellos influyen en la corriente de aire. Muchos autores han reconocido que las maloclusiones son un factor muy importante en la patología del lenguaje. La articulación de vocales y consonantes puede ser atribuida a una mala adaptación funcional a la maloclusión dental. Bloomer es uno de los autores que hace incapié en lo anteriormente mencionado. La mayoría de los defectos del lenguaje son de tipo dislálico, es decir, defectos articulatorios debidos a anomalías de los órganos periféricos del lenguaje y no a lesiones del sistema nervioso central. Cuando hablamos de la clasificación de las maloclusiones, mencionamos dentro de la Clase II el tipo uno. En ésta, cuando el segmento premaxilar está protruido, hay dificultades en la pronunciación de las consonantes bilabiales que numeraremos a continuación y cuyas características fonéticas son como siguen: P (bilabial oclusiva sorda), M (bilabial nasal sonora), B (bilabial oclusiva sonora). Cuando existe una mordida abierta anterior que permite el escape del aire como sucede en la maloclusión Clase II tipo uno, se producen alteraciones en las consonantes llamadas fricativas, como por ejemplo en la F (labiodental fricativa sorda), D (interdental fricativa sonora), S (alveolar fricativa sorda). Dentro de esta misma clase y división, cuando hay una protrusión maxilar, es muy grande la incompetencia de los labios y el escape anterior, que combinado con la posición anormal de la lengua, produce un defecto fonético parecido al llamado ceceo (en algunas partes de Andalucía existe el ceceo, que consiste en pronunciar la S, la Z y la C con un mismo sonido fricativo de timbre análogo al de la Z española). En las maloclusiones Clase III, cuando existe Proгна-

tismo mandibular, la posición anormalmente baja de la lengua reduce la calidad de los fonemas sibilantes, deforman las explosivas, y el exceso de saliva hacen que todas las emisiones sean impuras. En algunos sujetos con paladar ojival impide que pueda llegar a él con la lengua, y si llega no lo hacen con el ajuste necesario, por lo tanto tienen mala pronunciación de R y RR, y en algunas ocasiones suplantán estos fonemas por G, D y T. Los problemas de lenguaje en pacientes con maloclusión dentaria y con labio y paladar hendidos son obvias. Sin embargo en éstos entran en juego mecanismos diferentes, porque además de la mala articulación tendremos que atender el defecto de fonación-resonancia. No es tema para revisar en esta ocasión. El tratamiento de las alteraciones fonéticas que persistan una vez conseguido el equilibrio del aparato estomatognático por el ortodoncista, estarán a cargo de la terapeuta del lenguaje, supervisada por el médico foniatra.

RESUMEN

Se revisa el tema sobre los defectos del lenguaje que se producen por malaoclusión dentaria, sobre todo para llamar la atención acerca de la importancia que tienen éstos en la patología de las maloclusiones. Hace un recordatorio de las causas y de la más común de las clasificaciones de las maloclusiones dentarias, señalando los principales defectos articulatorios que ocasionan, y aconseja el trabajo en equipo entre el ortodoncista y el médico foniatra, para el éxito en el tratamiento de esta patología.

SUMMARY

The subject of language defect cause by dental malocclusion is reviewed, particularly to point up the importance of those defects in the pathology of malocclusions. It recalls the causes and the most generally accepted classification pointing out the main articulatory defect they cause, and the need for teamwork between the orthodontist and the phoniatic for successful treatment of this pathology.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— BARRETT, R. H. "Los trastornos del lenguaje y su origen en los malos hábitos orofaciales". Curso dictado por el autor, México, D. F. 1968.
 - 2.— BLOOMER, H. H. "Speech Defects in Relation to Orthodontics". Amer. J. Orthodont., 49, 12, 1963.
-

- 3.— CORREDORA, T. "Defectos en la Dicción Infantil". Ed. Kapelusz, Buenos Aires, 1958.
 - 4.— GRABER, T. M. "Ortodoncia. Principios y Práctica". 1a. edición, Editorial Mundi, S. A. Buenos Aires, 1965.
 - 5.— MOYERDS, R. E. "Tratado de Ortodoncia". Ed. Interamericano S.A., México, D. F. 1960.
 - 6.— NAVARRO, T. "Manual de Pronunciación Española". Hafner Publishing Co. Inc., New York, 1957.
 - 7.— RICKETTS, R. "Mesa Redonda sobre Malos Hábitos Oro-faciales". Acta Audiológica y Foniátrica Hispanoamericana. Vol. IV, No. 3, 1962.
-