

ARTICULACIÓN DE LAS CONSONANTES EN MALOCCLUSIÓN DENTAL



Leticia Orozco Cuanalo, Willebaldo Moreno Méndez,
Carmen Lilia Sánchez González, Ángel Francisco Álvarez Herrera,
Marco Antonio Cardoso Gómez, Gloria Marina Moreno Baena

RESUMEN

La dislalia es una alteración de la articulación del habla producida por un mal funcionamiento de los órganos articulatorios cuando el niño tiene que pronunciar un fonema, ya sea por la ausencia de algunos sonidos o por la inserción, distorsión o sustitución de unos fonemas por otros. Por tal motivo, el propósito del estudio es identificar las consonantes que están relacionadas con las maloclusiones según Angle. Se realizó un estudio epidemiológico clasificado como observacional, descriptivo, transversal, prolectivo. La población de estudio estuvo conformada por 156 pacientes con un promedio de edad de 4.2 (\pm 2.1) mínima 3, máxima 5. La distribución por sexo fue: 50.6% (n = 79) del femenino y el 49.4% (n = 77) del masculino. En Clase I se presentaron omisión en los fonemas en P 34%, B 26%, sustitución en F 12%, M 28%, G 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%. De acuerdo a la edad se observa que a los 6, 11, 12 y 16 años, los pacientes con Clase III presentaron mayores problemas de dicción con las letras D, L.

Palabras Claves: Maloclusión dental, consonantes, articulación.

Articulation of consonants in dental malocclusion

ABSTRACT

Dyslalia is a disorder of speech articulation caused by a malfunction of the articulators when the child has to pronounce a phoneme, either by the absence of some sound or by the insertion, distortion or substitution of one phoneme by another. For this reason purpose of the study is to identify the consonants that are related to malocclusion Angle agreement. We performed an epidemiological study classified as observational, descriptive, transversal, prospective. The study population consisted of 156 patients with a mean age of 4.2 (\pm 2.1) minimum 3, maximum 5 The sex distribution was: female 50.6% (n = 79) and male 49.4% (n = 77). In Class I male failure occurred in 34% phonemes in P, B 26%, replacement in F 12% M 28%, 36% G, K 23% distortion in X 18%; in class II, T 15% , D 56%, 45% distortion in S, N 30%, and class III, 83% distortion D, L 86% according to the age where results showed that at 6, 11, 12 and 16 years, patients with Class III had severe problems with diction for the letters D and L.

Key Words: Dental malocclusion, consonants, articulation.

ARTÍCULO RECIBIDO EL 16 DE ABRIL DEL 2012 Y ACEPTADO EL 18 DE MAYO DEL 2012.

INTRODUCCIÓN

La dinámica articular pone en juego estructuras y órganos que conforman el sistema estomatognático como en toda unidad morfofuncional, implica relaciones interdependientes. Es así, que la modificación en la forma, tamaño y/o posición de las estructuras, los desequilibrios musculares y las alteraciones funcionales, pueden modificar las condiciones de precisión requeridas para la articulación del habla, pudiendo presentarse dislalias y articulaciones compensatorias⁽¹⁾. Si bien la presencia

de maloclusión no siempre implica la presencia de alteraciones articulatorias, la relación de asociación entre ambas problemáticas es estrecha pudiendo reconocerse fonemas que se alteran con mayor frecuencia; así mismo, se pueden producir desplazamientos de los puntos articulatorios que dan lugar a compensaciones fonemáticas.⁽²⁾

La dislalia es una alteración de la articulación del habla producida por un mal funcionamiento de los órganos articulatorios cuando el niño tiene que pronunciar un fonema, ya sea por la ausencia de algunos sonidos o por la inserción, distorsión o sustitución de unos fonemas por otros. Es la más frecuente y sus factores

etiológicos, la falta de control en la psicomotricidad fina. Aquellos fonemas que precisan un mayor control de los órganos articulatorios, especialmente de la lengua, son los últimos que aparecen (/l/, /r/, /r/).^(3,4)

En el estudio que Laine realizó determinó que los efectos particulares de los tipos de maloclusión incluyendo los efectos de combinación de las diferentes anomalías de articulación de lenguaje y los resultados obtenidos fueron que el mayor riesgo en la producción de consonantes fue en la colocación anterior de la lengua, por 4.5 veces en sujetos con oclusión mesial, 3.7 veces por algunos overjet mandibular, 3.4 veces en sujetos con mordida abierta incisal y 1.7 con mordida cruzada lateral comparados con individuos sin ninguna anomalía oclusal. La mordida abierta incisal combinada con otras anomalías oclusales, especialmente con oclusión mesial, se relaciona frecuentemente con más desarticulaciones de consonantes.^(5,6)

Los hallazgos de Laine sugieren que la capacidad de los movimientos mandibulares, desviación de la mandíbula durante la apertura de la boca máxima y las interferencias oclusales se relacionan con ciertos trastornos del habla entre estos 6-8 años edad. Diferentes disfunciones orofaciales parecen estar relacionadas entre sí durante el crecimiento.^(7,8)

Vera y colaboradores encontraron también estrecha relación entre desplazamientos dentoalveolares y las dislalias de fonemas "L"- "R"- "T"- "Z" en niños entre 7 y 8 años⁽⁹⁾

Aguiar y colaboradores estudiaron la relación entre maloclusiones, hábitos y dislalias en 90 niños entre 8 y 9 años encontrando una relación altamente significativa entre mordida abierta, deglución atípica y dislalia.⁽¹⁰⁾

Una oclusión normal o compensada es condición esencial para que los dientes lleven a cabo en las mejores condiciones su función masticatoria, además de influir en la calidad articulatoria de los sonidos, por lo tanto, las maloclusiones sólo son anomalías de espacios que dificultan el mecanismo fisiológico tanto en la masticación como en la articulación por su similitud anatomofisiológica. y si no se corrigen tempranamente tienden a empeorar a lo largo de la vida e influyen una vez más en el fisiologismo normal masticatorio-articulatorio, así como en el hábito exterior del paciente.^(11,12,13)

El trastorno del habla más frecuente entre los escolares, lo constituyen las alteraciones en la pronunciación, lo que se conoce como dislalias. Harvold sugiere que pueden tener causa y efecto verdadero en donde las anomalías oclusales y estructurales afectan la habilidad articulatoria.⁽¹⁴⁾ Por tal motivo en este estudio se pretende identificar las consonantes que están relacionadas con las maloclusiones de acuerdo Angle.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio epidemiológico clasificado como observacional, descriptivo, transversal, prolectivo. La población

de estudio estuvo conformada por 156 pacientes con un promedio de edad de 4.2 años (± 2.1) mínima 3, máxima 5. La distribución por sexo fue: 50.6% (n= 79) del femenino, y el 49.4% (n= 77) del masculino. Para la realizar el trabajo en equipo los alumnos de Odontología llevan a cabo una Historia Clínica en donde registran el tipo de maloclusión descritas por Angle, se solicitó el consentimiento informado a los padres. Los pasantes de Psicología realizan la prueba de María Melgar para la detección de problemas del habla.

RESULTADOS

El porcentaje de la maloclusión de acuerdo a Angle fue para la Clase I del 66.7% (n= 104); Clase II en el 27% de la población (n= 42), y la Clase III sólo en el 6.4% (n= 10) de la población de estudio (Cuadro I). En la Clase I se presentaron omisión en los siguientes fonemas P 34%, B 26%, sustitución en F 12%, M 28%, G 36%, K 23%, distorsión en R 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 diferentes maloclusiones de acuerdo a la edad, a los 6, 11, 12 y 16 años la presencia de clase III. Los pacientes con Clase III presentaron mayores problemas de dicción con las letras D, L. Tabla 1.^(2,3,4)

Maloclusión	N	%
CLASE I	104	66.7
CLASE II	42	26.9
CLASE III	10	6.4
Total	156	100

Cuadro I. Frecuencia de maloclusión de acuerdo a la clasificación de Angle.

Edad	N	%
7	11	7.0
8	17	10.8
9	19	12.1
10	34	21.7
11	21	13.4
12	14	8.9
13	16	10.2
14	13	8.3
15	11	7.0
Total	156	99.4

Tabla 1. Consonantes alteradas de acuerdo a la edad.

VERTIENTES

Consonantes	Promedio	D.S.
P	26.5 omisión	2.2
B	24.5 omisión	.6
F	27.3 sustitución	1.8
M	29.5 sustitución	.7
K	27.5 sustitución	3.3
G	28.8 sustitución	2.2
R	28.2 distorsión	4.1

Tabla 2. Consonantes alteradas en maloclusión Clase I.

Consonantes	Promedio	D.S.
T	27.3 sustitución	2.2
D	29.5 sustitución	.6
S	7.4 distorsión	1.8
N	28.2 distorsión	.7

Tabla 3. Consonantes alteradas en maloclusión Clase II.

Consonantes	Promedio	D.S.
D	28.8 sustitución	2.2
L	28.2 distorsión	4.1

Tabla 4. Consonantes alteradas en maloclusión Clase III.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio apoyan las conclusiones de otras investigaciones que en presencia de maloclusiones pueden comprometer la dicción de consonantes. Los sonidos afectados en orden de frecuencia son dentro de grupo linguodental d, seguido por las alveolares r, rr,l, las dentales s y en menor frecuencia n,o,z,f. Aquellos que no presentaron problemas en la emisión de estos sonidos durante la dicción de las consonantes, fue porque crearon una adaptación en la postura de los labios y lengua para poder emitir correctamente las consonantes. Se observó que los sujetos con Clase I y Clase II con o sin mordida abierta pudieron crear una adaptación de la lengua y mandíbula para poder compensar las discrepancias óseas y dentales. Sin embargo, esto no fue posible para los pacientes que presentaron clase III, ya que aunque puedan lograr una readaptación de la lengua, la mandíbula no les fue posible readaptarla por lo que estos pacientes sí presentaron problemas para la articulación de las consonantes mencionadas anteriormente. Sin embargo, aun que la literatura marca problemas con la letra s, los pacientes no

presentaron hasta el momento dificultades al pronunciar palabras que llevaran la letra s.

CONCLUSIONES

El efecto de la dislalia en los órganos del habla no es constante. Por otro lado, el efecto de maloclusión en dislalia parece ser la más relevante, con mayor frecuencia y aumenta proporcionalmente, dependiendo de la severidad de la maloclusión. Este artículo analiza las diferencias en las clasificaciones de ortodoncia para tratar adecuadamente a los pacientes con diferentes maloclusiones de Clase II y Clase III. Se hace hincapié en un enfoque de equipo para la terapia miofuncional y la importancia del tratamiento de colaboración con otras disciplinas como son: foniatras, psicólogos, médicos.

Las anomalías de la oclusión dentaria son la causa 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. Se encontró además, una gran relación entre las anomalías de la oclusión y la presencia de hábitos deformantes bucales que pueden ser prevenidos en la atención primaria.

La formación de equipos multidisciplinarios ha podido proporcionar un tratamiento integral a problemas de lenguaje y maloclusiones. Asimismo, se detectaron problemas que no eran acordes a los problemas dentales, sino de otra índole como afectivos en dos niños que tenían muestras de mimos excesivos. Se encontró la relación existente entre las maloclusiones y los problemas del habla, lo cual permitirá al profesionalista detectar en una etapa temprana el problema

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bloomer HH. Speech defects in relation to orthodontics. Am J Orthodont 1963;49:920.
2. Perelló J. Trastornos del Habla. 4º ed. (Esp): Ed. Masson; 1981.
3. Aurea Y, Jiménez A. Alteraciones del habla en niños con anomalías dentomaxilares. Rev Cubana Ortod 1997; 13(1): 29-36.
4. Farronato G, Giannini L, Riva R, Galbiati G, Maspero C. Correlations between malocclusions and dyslalias. Eur J Paediatr Dent. 2012 Mar;13(1):13-8.
5. Laine T. Malocclusion traits and articulatory components of speech. Eur J Orthod 1992; 14: 302-9.
6. Pahkala R, Laine T, Lammi S Developmental stage of the dentition and speech sound production in a series of first-grade schoolchildren. J Craniofac Genet Dev Biol. 1991 Jul-Sep;11(3):170-5.
7. Pahkala R, Laine T, Närhi M, Ettala-Ylitalo UM Relationship between craniomandibular dysfunction and pattern of speech sound production in a series of first-graders. Eur J Orthod. 1991 Oct;13(5):378-85.
8. Laine MT, Pahkala RH, Jaroma SM, Qvarnström MJ. Associations among different orofacial dysfunctions in 6-8 year olds. Arch Oral Biol. 1992 Nov;37(11):895-9.

9. Vera A.E, Chacón EP, Ulloa RI, Vera.S. Estudio de la relación entre la deglución atípica, mordida abierta, dicción y rendimiento escolar por sexo y edad en niños de preescolar a sexto grado en dos colegios.de Catia, Propatria, en el segundo trimestre del año 2001. Rev. Latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría. Venezuela, 2007.
10. Alonso Aguilar y otros. Relación de las maloclusiones y hábitos deformantes con la dislalia. Rev. Avance. (ciget). Centro de información y gestión tecnológica. Pinar del Río. Vol. 5. N° 3. jul-set. 2003.
11. Rodríguez PN, Regal CN, Correa MB, Suárez MR. Anomalías de la oclusión y trastornos en la articulación de la palabra. Rev Cubana Ortod 2000;15(2):86-93.
12. Subtelny JD, Subtenly JD. Comparative study of normal and defective articulation of /s/ as related to malocclusion and deglutition. J Speech Hearing Dis 1984; 29: 264-85.
13. Benediktsson E. Variation in tongue and jaw in /s/ production in relation to front teeth occlusion. Acta Odont Scand 1985; 15: 275-303.
14. Álvarez BL, Oropeza MP, Pérez THE Trastornos del habla asociados a maloclusión dental en pacientes pediátricos Rev Odont Mex 2005; 9 (1).