



UNIDAD ACADÉMICA DE SALÚD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TESIS DE GRADO

TEMA:

**“MALFORMACIONES BUCODENTALES Y SU RELACIÓN CON LAS
DISGLOSIAS”**

PROPUESTA ALTERNATIVA

AUTORA

MARÍA ESTRELLA CHÁVEZ MERA

DIRECTOR DE TESIS:

DR. FABRICIO LOOR ALARCÓN. Mg. Ge

PORTOVIEJO-MANABÍ- ECUADOR

2012

CERTIFICACIÓN

La tesis de investigación titulada “ **Malformaciones bucodentales y su relación con la disglosia**”, es trabajo original de la señorita **MARÍA ESTRELLA CHÁVEZ MERA**, la misma que se ha realizado bajo mi dirección.

DR. FABRICIO LOOR ALARCÓN. Mg. Ge.



CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TEMA:

“MALFORMACIONES BUCODENTALES Y SU RELACIÓN CON LA DIGLOSIAS”

PROPUESTA ALTERNATIVA

Tesis de grado sometida a consideración del tribunal examinador como requisito previo a la obtención del título de odontóloga.

Dra. Ángela Murillo Almache. Mg. Sp.
PRESIDENTA

Dr. Fabricio Loor Alarcón. Mg. Ge.
DIRECTOR DE TESIS

Dra. Julia Cárdenas Sancán. Dip. Gs.
MIEMBRO

Dr. Wilson Espinosa Estrella. Mg. Ge.
MIEMBRO

Od. Johana Macías Yen Chong. Mg. Gs.
MIEMBRO

Ab. Julia Morales Loor
SECRETARIA ACADÉMICA

DECLARATORIA

La responsabilidad de las ideas, resultados, conclusiones del presente trabajo investigativo de **“MALFORMACIONES BUCODENTALES Y SU RELACIÓN CON LAS DISGLOSIAS”** pertenece exclusivamente a la autora:

MARÍA ESTRELLA CHÁVEZ MERA

DEDICATORIA

A Dios quien ha permitido que la sabiduría dirija y guie mis pasos, ha sido Él quien ha iluminado mi sendero cuando más oscuro ha estado, ha sido Él quien me ha dado la fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado.

De igual forma a mis queridos padres quienes han sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante buscando siempre el mejor camino, es por ello que con todo el amor y la humildad de mi corazón les dedico este trabajo de tesis ya que sin ustedes pilares fundamentales en mi vida no hubiera podido alcanzarlo ya que junto a ustedes lo he podido lograr.

Con mucho cariño para mis hermanos Yair, Iván, Ronald, Edu, Ceci y mi Gemis, que tengan en cuenta que todo lo que uno se propone en la vida, lo pueden lograr con sacrificio ya que nada es fácil en esta vida, y sobre todo con mucho esfuerzo, los amo mucho por ser mis hermanos.

A mí querido amigo Wilson quien fue que me impulso a seguir esta carrera que en estos momentos la veo casi culminada.

AGRADECIMIENTO

A Dios por brindarme la oportunidad y la dicha de la vida y porque nunca me dejó perder la fe en los momentos difíciles, por permitirme dar un paso más para llegar a mi meta y ayudarme a vencer obstáculos que se presentaron en mi camino.

Les estaré eternamente agradecida a mis padres, por permitirme lograr esta meta anhelada, después de tanto esfuerzos, caídas, entre otras cosas que he tenido en mi formación, pero que con sus sabios consejos y comprensión me han sabido animar para seguir adelante, por su constante amor para mi superación personal y sin importarles mis fallas me han apoyado y eso nunca lo olvidaré que por ustedes soy lo que soy ahora, que lo mejor que me han podido brindar es la educación, porque no todos tenemos la dicha de tener unos padres tan maravillosos como ustedes y por eso nunca me cansaré de expresarles hoy mañana y siempre que pase lo que pase los amo con todo mi corazón.

Y sin duda alguna a mi segundo papa, Sr. Iván por ser un ejemplo para mí de superación y perseverancia, como olvidarlo cuantas veces me tendiste tu mano para ofrecerme tu ayuda siempre de buen corazón y sin esperar nada a cambio, mil gracias papito.

De igual forma a mis sobrinos, cuñados, tíos que de una u otra forma me ayudaron en etapas de mi formación brindándome su ayuda incondicional.

A mi amigo Wilson, por brindarme esa mano amiga, por sus valiosos consejos, por la ayuda incondicional, y por los muchos años de amistad que hemos compartido muchas gracias por guiarme por el camino del progreso.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	i
ANTECEDENTES	iv
CAPÍTULO I	
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
CAPÍTULO II	
2. JUSTIFICACIÓN	3
CAPÍTULO III	
3. FORMULACIÓN DEL OBJETIVO	5
3.1. Objetivo general.....	5
3.2. Objetivos específicos	5
CAPÍTULO IV	
4. HIPÓTESIS	6
CAPÍTULO V	
5. MARCO TEÓRICO	7
5.1. MARCO INSTITUCIONAL	7
5.2.MALFORMACIONES BUCODENTALES	8
5.2.1. CONCEPTO.....	8
5.2.2. HÁBITOS QUE CAUSAN MALFORMACIONES.....	9
5.2.2.1. Interposición labial	11
5.2.2.2. Consecuencias de la interposición labial	11
5.2.2.3. Tratamiento de la interposición labial.....	12
5.2.3. Interposición lingual	13
5.2.3.1. Consecuencias de la interposición lingual	13
5.2.3.2. Tratamiento de la interposición lingual.....	14
5.2.4. Respiración bucal.....	14
5.2.4.1. Características faciales y dentarias de la respiración bucal.	15
5.2.4.2. Tratamiento de la respiración bucal	15
5.2.4.3. Intervención del otorrinolaringólogo	16
5.2.4.4. Intervención del ortodoncista	16
5.2.4.5. Protocolo de intervención logopédica	17
5.2.5. Succión digital	17
5.2.5.1. Consecuencias de la succión digital	19
5.2.5.2. Tratamiento de la succión digital.....	19

5.2.6. TIPOS DE MALFORMACIONES	20
5.2.6.1. MALFORMACIONES DE LA LENGUA	20
5.2.6.1.1. Lengua bifida	20
5.2.6.1.2. Lengua fisurada	21
5.2.6.1.3. Anquiloglosia.....	21
5.2.6.1.4. Macroglosia.....	22
5.2.6.1.5. Microglosia.....	23
5.2.6.1.6. Lengua dentada	23
5.2.6.2. Malformaciones del paladar	24
5.2.6.2.1. Fisura palatina.....	24
5.2.6.2.2. Torus palatino	25
5.2.6.2.3. Paladar ojival.....	26
5.2.6.3. MALFORMACIONES DE DIENTES.....	26
5.2.6.3.1. POR SU FORMA	26
5.2.6.3.1.1. Fusión	26
5.2.6.3.1.2. Germinación.....	27
5.2.6.3.1.3. Diente invaginado	27
5.2.6.3.1.4. Evaginacion dental.....	28
5.2.6.3.1.5. Taurodontismo	29
5.2.6.3.1.6. Perlas de esmalte	29
5.2.6.3.1.7. Espolones de esmalte.....	30
5.2.6.3.1.8. Dientes cónicos.....	30
5.2.6.3.2. POR EL NÚMERO DE DIENTES.....	30
5.2.6.3.2.1. Agenesia dental	30
5.2.6.3.2.2. Dientes supernumerarios	31
5.2.6.3.3. POR SU TAMAÑO	32
5.2.6.3.3.1. Microdoncia.....	32
5.2.6.3.3.2. Macrodoncia.....	33
5.2.6.3.4. POR SU ESTRUCTURA.....	33
5.2.6.3.4.1. AMELOGÉNESIS IMPERFECTA.....	33
5.2.6.3.4.1.1. Tipo hipoplásico	34
5.2.6.3.4.1.2. Tipo hipocalcificado.....	35
5.2.6.3.4.1.3. Tipo hipomaduración.....	35
5.2.6.4. MALFORMACIONES DEL LABIO.....	36
5.2.6.4.1. Labio fisurado.....	36
5.2.6.4.2. Frenillo labial superior hipertrófico	37
5.2.6.4.3. Doble labio	38
5.2.6.4.4. Fosas labiales congénitas.....	38

5.2.7. TRATAMIENTOS.....	39
5.2.7.1. Tratamientos odontológicos.....	39
5.2.7.2. Tratamientos quirúrgicos.....	49
5.2.7.3. Tratamiento logopédico.....	40
5.2.7.4. Tratamiento psicológico.....	41
5.3. DISGLOSIAS.....	41
5.3.1. Concepto.....	41
5.3.2. Etiología.....	42
5.3.3. Diagnóstico de las disglosias.....	42
5.3.4. FUNCIÓN MORFOGENÉTICA DEL LENGUAJE.....	43
5.3.5. CLASIFICACIÓN DE LAS DISGLOSIAS.....	44
5.3.5.1. Disglosias labiales.....	44
5.3.5.2. Disglosias mandibulares.....	45
5.3.5.3. Disglosias dentales.....	45
5.3.5.4. Disglosias palatales.....	46
5.3.5.5. Disglosias linguales.....	47
5.3.6 CONSECUENCIAS GENERALES DE LAS DISGLOSIAS.....	47
5.3.7. TRATAMIENTO DE LAS DISGLOSIAS.....	48
5.3.7.1 pasos a seguir para la rehabilitación de una disglosia.....	48
5.3.7.2. objetivos del tratamiento.....	49
5.3.8. TERAPIA MIOFUNCIONAL.....	49
5.3.8.1. Procedimiento de evaluación miofuncional.....	50
5.3.8.2. Anamnesis.....	50
5.3.8.3. Exploración de órganos fonoarticulatorios.....	51
5.3.8.3.1. Labios.....	51
5.3.8.3.2. Lengua.....	52
5.3.8.3.3. Paladar duro.....	52
5.3.8.3.4. Paladar blando.....	53
5.3.8.4. Funciones estomatognáticas.....	53
5.3.8.4.1. Succión.....	53
5.3.8.4.2. Respiración.....	54
5.3.8.4.3. Deglución.....	54
5.3.8.4.4. Masticación.....	55
5.3.8.4.5. Fonación.....	55
5.3.9. EJERCICIOS BUCOFONATORIOS.....	56
5.3.9.1. Ejercicios de praxias labiales.....	56
5.3.9.2. Ejercidos de praxias linguales.....	57
5.3.9.3. Ejercicios del frenillo lingual.....	57
5.3.9.4. Ejercicios de mejillas y mandíbula.....	57
5.3.9.5. Ejercicios de respiración y soplo.....	58

5.3.10. PAUTAS A LAS FAMILIAS	59
-------------------------------------	----

CAPÍTULO VI

6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	60
6.1. MÉTODOS	60
6.1.1. Modalidad básica de la investigación.....	60
6.1.2. Niveles o tipo de investigación.....	60
6.2. TÉCNICAS.....	61
6.3. INSTRUMENTOS	61
6.4. RECURSOS.....	61
6.4.1. Talento humano	61
6.4.2. Tecnológicos.....	62
6.4.3. Materiales	62
6.4.4. Económicos	63
6.5. POBLACIÓN Y MUESTRA	63
6.5.1. Población	63
6.5.2. Tamaño de la muestra	63
6.5.3 Tipo de muestreo	63
6.6. PRESUPUESTO.....	63
6.7. PROCESO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	64
6.8. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	64
CONCLUSIONES	109
BIBLIOGRAFÍA.....	111

PROPUESTA

ANEXOS

ÍNDICE DE LOS GRAFICUADROS

CAPÍTULO VII

7. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	65
7.1 GRAFICUADROS DE FORMULARIO DE ENCUESTA.....	65
GRAFICUADRO N.- 1.....	65
¿Presenta el niño algún tipo de hábito bucal?	65
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	66
GRAFICUADRO N.-2.....	67
¿En que momento del día el niño desarrolla el hábito?	67
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	68
GRAFICUADRO N.- 3.....	69
¿Etapa de la duración del hábito?	69
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:.....	70
GRAFICUADRO N.-4.....	71
¿Cómo han repercutido los hábitos en el niño?.....	71
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	72
GRAFICUADRO N.- 5.....	73
¿El niño ha utilizado algún tipo de aparatología para corregir el hábito?.....	73
ANÁLISIS E INTERPRETACION.....	74
GRAFICUADRO N.-6.....	75
¿Ha recibido el niño algún tipo de tratamiento para la correccion de los? ...	75
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	76
GRAFICUADRO N.- 7.....	77
¿Tipo de tratamiento recibido?	77
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	78
GRAFICUADRO N.-8.....	79
¿Con el tratamiento recibido mejoró la producción del habla?.	79

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	80
GRAFICUADRO N.- 9.....	81
¿Existe en las familias antecedentes de malformaciones de cara o boca? ..	81
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	82

GRAFICUADRO N.- 10.....	83
¿Existe algún parentesco familiar entre los padres del niño? ..	83
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	84

7.2.ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA FICHA DE OBSERVACIÓN.85

GRAFICUADRO N.-11.....	85
Exploración de labios	85
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:.....	86

GRAFICUADRO N.- 12.....	87
Labios movilidad	87
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	88

GRAFICUADRO N.- 13.....	89
Relación frenillo labial-movilidad labial	89
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	90

GRAFICUADRO N.- 14.....	91
Exploración de la lengua	91
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	92

GRAFICUADRO N.- 15.....	93
Lengua movilidad	93
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	94

GRAFICUADRO N.- 16.....	95
Relación frenillo lingual-movilidad lingual	95
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	96

GRAFICUADRO N.-17.....	97
Malformaciones bucales	97
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	98

GRAFICUADRO N.-18.....	99
Malformaciones de los órganos del habla- dificultades articulatorias	99
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	100

GRAFICUADRO N.- 19.....	101
Exploración del paladar.....	101
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	102
GRAFICUADRO N.- 20.....	103
Anomalías dentales	103
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	104
GRAFICUADRO N.- 21.....	105
Articulación de fonemas	105
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	106
GRAFICUADRO N.- 22.....	107
Trastornos del habla y anomalías dentales	107
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	108

INTRODUCCIÓN

Se considera malformaciones bucodentales, a toda alteración en el aparato masticatorio y funcional de la cavidad oral. Para una expresión hablada correcta se requiere que todos los órganos que intervienen en ella tengan la estructura adecuada. Por tanto, toda anomalía o malformación de los mismos da como resultado un habla defectuosa, llamada disglosia

La presente investigación tiene por objetivo determinar la incidencia de trastornos del habla por malformaciones de boca y dientes que reciben atención en el departamento odontológico del Instituto de Educación Especial “María Buitrón de Zumárraga” de la ciudad de Portoviejo.

La investigación sobre las malformaciones bucodentales y su relación con la disglosia, tiene una gran importancia ya que los niños con este problema tienen dificultades al articular sonidos, frases, palabras y oraciones teniendo en cuenta que el lenguaje es la principal herramienta que posee el ser humano para interactuar y formar vínculos con otros, por lo que se van a estudiar las estructuras de los órganos bucofonatorios y de la cavidad oral que están implicadas en el habla, para conseguir una buena articulación de los fonemas.

Este estudio tiene la finalidad determinar la relación de las malformaciones bucodentales con las disglosias, establecer la influencia de las anomalías dentarias en los trastornos del habla, examinar el tamaño del frenillo lingual de los pacientes para valorar los movimientos linguales, relacionar el tamaño del frenillo labial superior con el grado de movilidad

del labio superior, identificar las malformaciones de los órganos del habla presente en los pacientes para comprobar las dificultades de la articulación de los fonemas, diseñar una propuesta de solución al problema encontrado.

El presente estudio hace referencia sobre los tipos de malformaciones bucodentales y su relación con la disglosia, para lo cual se trabajó con una muestra de 132 pacientes que acuden al departamento de odontología del Instituto de educación especial “María Buitrón de Zumárraga”, se realizó encuestas y fichas de observación que nos demostraron que un gran porcentaje de los pacientes con malformaciones bucodentales presentan disglosia.

Este trabajo presenta los siguientes capítulos:

En el capítulo I se presenta el planteamiento de la investigación y la formulación del problema.

En el capítulo II se justifica la realización de esta investigación, tanto en lo personal como en lo social.

En el capítulo III se formulan los objetivos, tanto el general como los específicos.

En el capítulo IV se formula la hipótesis, la misma que será resuelta mediante la investigación.

En el capítulo V se desarrolla el marco teórico, dentro del cual se encuentra el marco institucional y las dos variables a investigar: malformaciones bucodentales y las disglosias.

En el capítulo VI se explica la metodología de la investigación, los métodos utilizados, las técnicas y recursos empleados y el detalle de la población y muestra escogida.

En el capítulo VII se muestran los resultados de la investigación, mediante el análisis e interpretación de los resultados de las fichas de observación realizada a los pacientes con malformaciones bucodentales y las encuestas realizada a los padres de familia de dichos pacientes; así como también se exponen las conclusiones a las que se llega una vez terminada la investigación.

Esta investigación consta de dos partes: La parte bibliográfica, donde se utilizaron libros, revistas científicas y páginas web para realizar el contenido del marco teórico y así demostrar la relación de las malformaciones bucodentales y las disglosias; y la parte práctica, donde se realizó la investigación de campo mediante encuestas y fichas de observación que brindaron los datos para alcanzar los objetivos trazados.

ANTECEDENTES

En la Facultad de Ciencias Médicas "Comandante Manuel Fajardo" de la Ciudad de la Habana en el Policlínico Docente "Pedro Borrás Astorga", se investigó sobre el Estudio clínico-epidemiológico y logo foniátrico de niños operados por fisura labio palatina. En esta investigación se analizó la relación entre el tipo de fisura labio-palatina encontradas en pacientes y el sexo, notándose que tanto varones como hembras fueron afectados por igual. En dependencia al tipo de fisura la más encontrada fue la fisura labio-palatina completa (87,5%) y predominó en varones, aunque la variante unilateral se presentó en ambos sexos por igual (6 casos). En este estudio encontraron que la fisura labial aislada se presentó en tres pacientes femeninas (12,5%), todas en su variante completa y del lado izquierdo.

En un estudio realizado en La Universidad de Salamanca en la Facultad de Medicina se investigó sobre análisis de la demanda asistencial en Trastornos del Habla y Lenguaje los resultados fuerón los siguientes; las prevalencias de las alteraciones del habla se sitúan en torno al 10 % de la población general, y del lenguaje puede situarse en márgenes comprendidos entre el 5 y 10 %. Los retrasos del habla se sitúan con mayor porcentaje entre los 3 y 8 años de edad, se observa una prevalencia en el 15,6 % en niños de tres años, entre los 5 y 7 años el margen de prevalencia se sitúa entre el 2,3 % y 14,5 %.

En la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de México se realizó un estudio sobre la Prevalencia de Maloclusiones y Trastornos del habla en una población preescolar del oriente de la ciudad de México en el

jardín de niños Antonia Nava la prevalencia de maloclusiones en planos terminales para el total de la población de estudio fue de 61% y la prevalencia de los trastornos del habla fue de 42%. Los porcentaje de las maloclusiones en los planos terminales por sexo, determinaron que el mayor número de casos se encuentran en el sexo masculino (67%), respecto del femenino (51.5%).

En la facultad de Medicina de la Universidad San Francisco de Quito se investigó sobre la relación de los factores psicosociales con déficit sensorial en niños de edad preescolar: Disglosia en familias disfuncionales en zonas urbanas y rurales de Quito, los resultados fueron los siguientes de un total de 203 niños examinados de edad preescolar, se determinaron que 25 de ellos, (12.3) % tienen un trastorno del habla específicamente disglosia, el 178 restantes (87,7) no lo tienen. De los niños a los que se les detectó trastorno del habla, 13 de ellos (52) % eran hombres y 12 de ellas (48%) eran mujeres.

En una investigación realizada en la Universidad Católica de Cuenca, Facultad de Odontología sobre Trastornos del Habla asociado a Mal Oclusión Dental en pacientes pediátricos atendidos en el Dispensario Médico San Martín de Porres, los resultados fueron los siguientes; De los 50 pacientes que se examinarán, 8 casos (16%) presentaron mordida cruzada, 16 (32%) mordida abierta anterior, 10 (20%) sobremordida vertical, 6 (12%) traslape horizontal y 10 (20%) giroversiones de 45°. El mayor trastorno del habla fue la sustitución en 8 casos (16%), 7 (14%) presentaron omisión y 4 (8%) distorsión de los fonemas. Ocho (16%)

presentaron mordida abierta de 2 a 4 mm. El mayor trastorno del habla fue la sustitución que se presentó en 8 casos (16%). Seis (12%) omisión y 2 (4%) distorsión de los fonemas. Diez (20%) presentaron sobremordida vertical de 3 a 5 mm. El mayor trastorno del habla fue la omisión que se presentó en 10 casos (20%), 4 (8%) sustitución y otros 4 (8%) distorsión de los fonemas.

En la ciudad de Portoviejo en el Instituto de Educación Especial María Buitrón de Zumárraga no se ha realizado ningún estudio sobre malformaciones bucodentales y su relación con las disglosias.

CAPÍTULO I

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para poder realizar una correcta pronunciación es necesario que exista un equilibrio entre las estructuras que están implicadas en el habla y las diferentes funciones que realizan éstas. Es decir, es necesario que se puedan realizar sin ningún tipo de dificultad o complicación el correcto cierre de los labios, una adecuada masticación y posterior deglución, una posición normal de la lengua en reposo y una respiración nasal. Si este equilibrio no estuviera presente o fuera poco efectivo, la coordinación y precisión de los distintos órganos y músculos no sería el adecuado y aparecerían problemas en el habla. La diglosia es un trastorno que impide la adecuada articulación de los fonemas por alteraciones anatómicas y/o fisiológicas de los órganos articulatorios del habla. Se debe tener en cuenta la forma del paladar duro y la forma y funcionalidad el paladar blando, así como observar el tamaño de las amígdalas. La movilidad del velo del paladar es un aspecto importante a tener en cuenta en la exploración de los órganos del habla, ya que interviene en el soplo y en la emisión sucesiva de los diferentes fonemas.

A nivel mundial las malformaciones congénitas labio-palatales es uno de los defectos congénitos más frecuente. Aproximadamente 1 de cada 650 nacimientos para la raza blanca y en la población negra sólo aparece en 1 de cada 2.000 aproximadamente, que es una malformación congénita (de nacimiento) que afecta órganos indispensables para tener una buena comunicación oral. Entre el 20 y el 25% de los pacientes tienen poco

desarrollado el hueso maxilar y requieren su desplazamiento hacia delante para conseguir una oclusión correcta y una armonía en el perfil de la cara.

En Latinoamérica estudios realizados en Brasil muestran una prevalencia en niños de dentición temporal y mixtas con un porcentaje entre el 10 % y 20% de la población que presentan malformaciones bucales, y en el (38%) se observaron trastornos del habla .El mayor trastorno del habla fue la sustitución de fonemas (16%), y un (14%) presentaron omisión, el (8%) distorsión de los fonemas, y que el 50% son hombres y el 60% son mujeres.

En Ecuador las malformaciones orales y trastornos asociados, con antecedentes familiares, problemas fonatorios, tienen su incidencia media en relación al número de recién nacidos vivos que fue de 0,5 por 1.000 RN. El 41,5% presentó malformaciones asociadas y un 19,3% se asociaba con un síndrome específico, siendo más frecuentes en los afectos de labio leporino con fisura palatina (50%), en los que tenían fisura palatina (41,2%), y en los presentaban únicamente labio leporino (8,8%). Las malformaciones más frecuentes fueron: defectos faciales (50%), esqueléticas (33%), cardiopatías congénitas (33%) y los problemas fonatorios del 34,2.

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cómo inciden las malformaciones bucodentales en los pacientes con trastornos del habla?

CAPÍTULO II

2. JUSTIFICACIÓN

La investigación sobre las malformaciones bucodentales y su relación con la disglosia, tiene una gran importancia ya que los niños con este problema tienen dificultades al articular sonidos, frases, palabras y oraciones teniendo en cuenta que el lenguaje es la principal herramienta que posee el ser humano para interactuar y formar vínculos con otros, por lo que se van a estudiar las estructuras de los órganos bucofonatorios y de la cavidad oral que están implicadas en el habla, para conseguir una buena articulación de los fonemas.

En la presente investigación se evidenciará el tipo de malformación bucodental que presenten los niños atendidos en el Instituto de Educación Especial María Buitrón de Zumárraga, así como los diferentes tratamientos a seguir para mejorar la calidad de vida de los pacientes, también apoyará y servirá de fuente de información e investigación para los estudiantes de la carrera de odontología, ya que no existe un estudio sobre malformaciones bucodentales y su relación con las disglosias.

La realización de este estudio tendrá un impacto beneficioso para la sociedad del Instituto de Educación Especial María Buitrón de Zumárraga ya que esta investigación aporta a los padres sobre información de terapias de lenguaje para establecer o restablecer la comunicación, así como también los diferentes tratamientos dentales que deben realizarse, además de consejos beneficiosos para la relación con ellos.

La investigación que se realizara servirá de aporte en las ciencias de la salud en logopedia, psicología en el campo de odontología en odontopediatría para la rehabilitación oral, cirugía maxilofacial trata la reconstrucción de la estética, ortodoncia para la corrección de malpocisiones dentarias.

La investigación es factible en su desarrollo debido a que en el Instituto de Educación Especial María Buitrón de Zumárraga brindan el apoyo para diagnosticar y evaluar a los niños que presentan dicho problema, además cuenta con odontólogo y terapias de lenguaje, así como recursos técnicos y material bibliográfico considerable para obtener mejores resultados. La recolección de la información de esta investigación se obtendrá por medio de libros, revistas, internet, registros y encuestas realizadas a la población.

La realización de esta investigación es de gran importancia a nivel personal ya que me aporta conocimientos sobre los diferentes tipos de malformaciones bucodentales que van a causar alteraciones de lenguaje así como una serie de ejercicios para mejorar la calidad del habla.

CAPÍTULO III

3. FORMULACIÓN DEL OBJETIVO

3.1. Objetivo general

Determinar la relación de las malformaciones bucodentales con las disglosias presentes en los niños del Instituto de Educación Especial María Buitrón de Zumárraga.

3.2. Objetivos específicos

- a. Establecer la influencia de las anomalías dentarias en los trastornos del habla.
- b. Examinar el tamaño del frenillo lingual de los pacientes para valorar los movimientos linguales.
- c. Relacionar el tamaño del frenillo labial superior con el grado de movilidad del labio superior.
- d. Identificar las malformaciones de los órganos del habla presente en los pacientes para comprobar las dificultades de la articulación de los fonemas.
- e. Diseñar una propuesta de solución al problema encontrado.

CAPÍTULO IV

4. HIPÓTESIS

4.1. HIPÓTESIS GENERAL

Las malformaciones bucodentales inciden significativamente en los trastornos del habla de los niños atendidos en Instituto de Educación Especial María Buitrón de Zumárraga.

CAPÍTULO V

5. MARCO TEÓRICO

5.1. MARCO INSTITUCIONAL

El Instituto de Educación Especial “María Buitrón de Zumárraga” de la Ciudad de Portoviejo, se creó con el objetivo de brindar educación acorde a las necesidades de un centro especializado para niños, niñas, jóvenes con categorías de deficientes intelectuales, deficientes auditivos, visuales, y múltiples discapacidades.

Se fundó el 2 de mayo de 1975, fecha en la que fueron entregadas las credenciales a los primeros maestros y maestras. Se laboró en diferentes locales que gentilmente prestaron las instituciones de la localidad, Escuela 18 de octubre, jardín Corina del Parral de Velasco Ibarra, Jardín el Rosario, Escuela México, mediante acuerdo ministerial 2375 autorizado por el Ministro de Educación y Cultura el 15 de septiembre de 1975, fecha de funcionamiento legal.

Dicha institución logró tener edificio propio gracias a las gestiones de Doña María Buitrón de Zumárraga mediante el banco de la vivienda y se inauguró en 1979. El 19 de diciembre de 1988 se creó como instituto mediante el acuerdo 2323 del artículo único por el ministerio de educación y cultura. En los actuales momentos el horario establecido es de 08h00 a 12h00 para los estudiantes con discapacidad. Cuenta con un total de 200 niños que reciben educación especial. Cuenta con departamento

odontológico atendido por el Dr. Murillo Escobar Andrés Florencio Odontólogo, Ubicada en la Av. Manabí y Amazonas junto al INFA.

5.2. MALFORMACIONES BUCODENTALES

5.2.1. CONCEPTO

Como bien lo dice Sanchis¹, se considera malformaciones bucodentales, a toda alteración en el aparato masticatorio y funcional de la cavidad oral, las causas más frecuentes de estas malformaciones se debe a la combinación de las informaciones genéticas de los padres, aquí se encuentran las características del tamaño, forma de los órganos bucales y consecuentemente las maxilas, las malformaciones bucodentales en niños con labio leporino y fisuras palatinas son abundantes, como es la agenesia dental, el tratamiento de estas anomalías incluye cirugías y un enfoque integral de equipo para las múltiples complicaciones que suelen presentarse. Es importante saber que todas estas malformaciones y malos hábitos primero deben ser evaluados por su dentista para determinar su tratamiento. Algunas de las malformaciones se pueden prevenir mediante el control periódico del paciente en su niñez, detectando los inicios de la malformación. También se debe dar énfasis al cuidado de las piezas temporales o de leche, pues por caries o pérdida de ellas en forma precoz, se puede dañar el normal desarrollo de los maxilares.

Sobre las malformaciones dentales, García A, dice:

Las malformaciones dentales son cada vez más frecuentes en los niños como dientes de tamaño más pequeño o más

¹ SANCHIS, B (2011), Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados, España: Llibres, P, 105.

grande de lo normal, con un color diferente, la falta de alguna pieza, defectos en la formación de esmalte; todas estas anomalías pueden derivar en complicaciones más o menos graves si no se detectan y se tratan a tiempo. Alguno de ellos se deben a factores hereditarios y otras sobrevienen como consecuencia de aspectos más ambientales ².

Según Moore³, las causas de las malformaciones son muy diversas y variadas; sin embargo podemos reunir las en dos grandes grupos: genéticas y ambientales”. Entre las causas de índole genética podemos considerar tres categorías etiológicas: 1) herencia monogénica, con patrones de transmisión autosómico dominante, autosómico recesivo, recesivo ligado a X, dominante ligado a X, dominante ligado a Y, 2) herencia poligénica o multifactorial y 3) aberraciones cromosómicas.

Sobre la etiología de las malformaciones, Bardoni N, dice:

El papel de la consanguinidad en la etiología de las malformaciones es bien conocido, especialmente en aquellas autosómicas recesivas. El riesgo es mayor mientras más cercano es el parentesco. Al difundir el conocimiento de los riesgos y desincentivar los matrimonios consanguíneos, se está haciendo prevención primaria, lo que disminuye las posibilidades de recurrencia de enfermedades autosómicas recesivas y multifactoriales en la descendencia. El riesgo de hijos de primos hermanos malformados es el doble de la población general ⁴.

5.2.2. HÁBITOS QUE CAUSAN MALFORMACIONES

Ferro M, presenta la siguiente definición “Los hábitos pueden definirse como la modificación de una función que se ha hecho permanente por

² GARCÍA, A. (2007). *No quiero lavarme los Dientes*. Barcelona España: Ceac, P.87.

³ MOORE, K. (2009). *Embriología clínica*, España: Elsevier. P, 458.

⁴ BARDONI, N (2010). *Odontología Pediátrica*, Buenos Aires Argentina: Panamericana. P,790.

repetición constante automática”⁵. Son costumbres adquiridas por la repetición continuada de una serie de actos que sirven para calmar una necesidad emocional. Los malos hábitos pueden alterar el normal desarrollo del sistema estomatognático produciendo un desequilibrio entre las fuerzas musculares externas y las internas, desequilibrio que se produce cuando una de las fuerzas al no ejercer su presión normal, permite que la otra, manteniendo su intensidad habitual, produzcan una deformación ósea. Otras veces se agrega a ello fuerzas que normalmente no están presentes, tales como la presión del dedo en la succión o la interposición de otros objetos como el chupete, todas las alteraciones pueden ocasionar en el niño problemas de distinto orden, emocionales, psicológicos, problemas de alteración de otros sistemas del organismo, como sistema respiratorio, digestivo y de aprendizaje.

García A, dice “Lo ideal es que el hábito este erradicado en el momento de la erupción de los incisivos permanentes, los defectos de habito dependerán de la duración, frecuencia e intensidad, numero de dientes implicados y de la posición con que estos se introducen en la boca”⁶. Existen ciertos hábitos que contribuyen al desarrollo de malformaciones, por lo que produce la rotura del equilibrio neuromuscular que se establece entre las fuerzas externas ejercidas por los músculos buccinador, orbiculares y fuerzas internas mantenidas por la lengua. La deformación provocada por el mal hábito dependerá fundamentalmente de tres factores:

⁵ FERRO, M (2007). *Fundamentos de la odontología*, Bogotá: Javegraf, P.223

⁶ (GARCIA, A. (2007). *No quiero lavarme los dientes*, P. 127)

La edad en que este se inicia, el tiempo, minutos u horas que dura el mal hábito. La frecuencia de este, es decir el número de veces al día.

Referente a los efectos que producen los hábitos, Palma, A dice:

Los hábitos a considerar y algunas de las maloclusiones que se producen son: la succión del dedo lleva a una mordida abierta, la succión del labio provoca un aumento del resalte, la succión de la lengua a una mordida abierta anterior, la respiración oral y succión del chupete a una mordida abierta anterior, la deglución infantil a una mordida abierta anterior y protusión de incisivos superiores⁷.

5.2.2.1. Interposición labial

Jimenez A, referente a la interposición labial “Es la ubicación anormal del labio inferior por palatino de los incisivos superiores”⁸, ocurre en pacientes que se encuentran anormalmente en reposo y los labios no están en contacto. En el momento de la deglución, la selladura de la parte anterior de la cavidad bucal no se realiza por el contacto simple del labio superior con el inferior sino mediante una fuerte contracción del labio inferior, que se interpone entre los incisivos superiores e inferiores.

5.2.2.2. Consecuencias de la interposición labial

Según Sanchis⁹, este hábito puede producir una inclinación anterior de los incisivos superiores, aumentando el overjet, con diastemas. Los incisivos inferiores de esta manera se inclina en sentido lingual, apiñándose mientras los incisivos superiores se vestibularizan. Como el labio superior no participa en la deglución, se torna cada vez más hipotónico, y adquiere

⁷ PALMA, A. (2007). *Técnicas de Ayuda odontológica y Estomatológica*. Madrid España. Montytexto, P.301

⁸ JIMENEZ, A. (2007). *Odontopediatría en atención primaria*, Madrid España: vértice, P. 395

⁹(SANCHIS, B (2011), *Guía para la reeducación.....* P, 33).

un aspecto de labio corto. Sin embargo, el labio inferior, por su gran participación se torna cada vez más hipertónico, así como los músculos del mentón. La pérdida del contacto funcional anterior, favorece la extrusión dentaria, aumenta el resalte y la sobremordida. El desplazamiento vestibular de los incisivos superiores rompe el punto de contacto entre los incisivos laterales y caninos y favorece la migración de los segmentos posteriores.

5.2.2.3. Tratamiento de la interposición labial

Según Moschos¹⁰, para la corrección de interposición del labio, se usa una placa labio activa o Lip Bumper. Es un arco de alambre ortodóntico de 1,2 mm con la parte anterior revertida de acrílico. Este aparato puede encajarse en los tubos de bandas cementadas en los primeros molares inferiores, si el paciente tiene las raíces de los molares completas ó una placa de Hawley inferior. Su función consiste en impedir la presión incorrecta del labio durante la deglución.

Según Salas¹¹, para la corrección de la hipotonía del labio superior se recomienda que el paciente haga algunos ejercicios, con la finalidad de aumentar el tono muscular. El aparato utilizado como auxiliar en los ejercicios para tonificación labial es la placa vestibular o escudo vestibular. El escudo vestibular es un aparato versátil y sencillo en el tratamiento interoceptico precoz de las deformaciones del arco dentario. Actúa básicamente en la corrección de la disfunción muscular perioral. Las

¹⁰ MOSCHOS, A. (2007) *tratamiento ortodoncico en pacientes de clase II no colaboradores*, España: Elsevier, P 71.

¹¹ SALAS, M. (2008) *Procesos médicos que afectan al niño en la etapa escolar*, España: Elsevier, P 157.

funciones musculares defectuosas provocan maloclusiones generalmente con un exceso de overjet. Los mismos músculos que tienen un potencial deformador, pueden usarse para corregir maloclusiones dentarias.

5.2.3. Interposición lingual

La interposición lingual consiste en la ubicación de la lengua entre las piezas dentarias ya sea en la zona anterior a nivel de incisivos o entre los sectores laterales a nivel de molares observada en reposo o durante las funciones de deglución y fonarticulación, pudiéndose interponer también entre los labios, haciendo más fácil su detección. En condiciones normales la porción dorsal de la lengua toca ligeramente el paladar mientras que la punta descansa a nivel del cuello de los incisivos superiores. Harfin J, dice “La interposición lingual es la lógica consecuencia de la falta de oclusión dentaria anterior y muchas veces este cuadro se agrava por la interposición del labio inferior durante el cierre”¹².

5.2.3.1. Consecuencias de la interposición lingual

Según Harfin¹³, es la lógica consecuencia de la falta de oclusión dentaria anterior, esto podrá causar una deformación hueso y malposición dentaria. La lengua durante la deglución ejerce presión sobre los dientes anteriores por lingual o entre ellos. Las deformaciones son: Protrusión de dientes anterosuperiores y aparición de diastemas, Labio superior hipotónico e inferior hipertónico, hipertonicidad de la borla de mentón, hiperactividad de los músculos de la masticación, Inhibición del crecimiento vertical del

¹² HARFIN, J(2010). *Ortodoncia lingual*, Argentina: Panamericana, P.123.

¹³ (HARFIN, J(2010). *Ortodoncia lingual*, P.213.)

proceso alveolar, Incompetencia labial, problemas fonéticos, Mordida abierta anterior, mordida abierta y vestibuloversión, mordida abierta anterior, vestibuloversión y mordida cruzada posterior.

5.2.3.2. Tratamiento de la interposición lingual

Según Moschos¹⁴, uno de los tratamientos de la interposición lingual es la colocación de un aparato removible impedor, este aparato es una placa de Hawley superior con una rejilla anterior o perla de tucat que impedirá que la lengua siga interponiéndose entre los dientes. La muralla acrílica es otro impedor de lengua comúnmente utilizado y tiene detrás de los incisivos superiores una barrera de acrílico en lugar de una rejilla impeditora, su altura lleva todo el espacio de la mordida abierta anterior y se prolonga hasta la incisal de los incisivos inferiores. En casos especiales, la rejilla impeditora puede ser fija, soldada a las bandas o coronas metálicas.

5.2.4. Respiración bucal

La respiración bucal consiste en la introducción de aire frío, seco y cargado de polvo por la boca y la faringe, se pierden las funciones de calentamiento, humidificación y filtrado del aire que entra por la nariz, con el consiguiente incremento de la irritación de la mucosa faríngea, siendo pobre la cantidad de oxígeno que pasa a la sangre. Los que respiran por la boca por obstrucción, son aquellos que presentan desviación del tabique nasal, cornetes agrandados, inflamación crónica y congestión de la mucosa faríngea, alergias e hipertrofia amigdalina. Los que lo hacen por costumbre,

¹⁴ MOSCHOS, A. (2007) *Tratamiento ortodóncico en pacientes de clase II no colaboradores*, P 71.

mantienen esta forma de respiración aunque se les hayan eliminado el obstáculo que los obligaban a hacerlo, y los que lo hacen por razones anatómicas, son aquellos, cuyo labio superior corto no les permiten un cierre bilabial completo, sin tener que realizar enormes esfuerzos. Rojas F dice “La respiración oral se asocia a dientes anterosuperiores en mal posición, mordida abierta anterior o a una insuficiencia del sellado labial”¹⁵.

5.2.4.1. Características faciales y dentarias de la respiración bucal.

Según Sanchis ¹⁶, presentan facies Adenoides o síndrome de la cara larga (cara estrecha y larga, boca entreabierta, nariz pequeña y respingona con narinas pequeñas, labio superior corto, labio inferior grueso, mejillas flácidas y apariencia de ojeras), mordida cruzada posterior, uni o bilateral acompañada de una moderada mordida abierta anterior, paladar alto u ojival, retrognatismo del maxilar inferior, labio superior corto e hipotónico, labio inferior hipertónico, músculo de la borla del mentón hipertónico, vestibuloversión de incisivos, maxilar superior estrecho, protrusión del maxilar superior, gingivitis crónica, incompetencia labial, incisivos inferiores lingualizados y apiñados, perfil convexo.

5.2.4.2. Tratamiento de la respiración bucal

Para el tratamiento de la respiración bucal, Jimenez A, dice,

Necesita la participación de varios profesionales, pediatra, otorrinolaringólogo. La respiración como hábito, se puede tratar con aparatos específicos como la pantalla oral. La pantalla oral se conforma a la cara vestibular de ambos arcos, extendiéndose en la altura de un surco vestibular al opuesto y

¹⁵ ROJAS, F. (2009). *Manual de Higiene bucal*. Buenos Aires: Panamericana. P, 13

¹⁶(SANCHIS, B (2011), *Guía para la reeducación.....* P, 32).

con profundidad hasta los primeros molares permanentes. Se utiliza en horas que esté en la casa y durante la noche. Al inicio, sobre todo cuando el hábito es muy fuerte, hay que realizar tres o cuatro perforaciones en la pantalla en la zona anterior para no agobiar al paciente; estas pueden ser obturadas a breve plazo, en forma progresiva. Los ejercicios para aumentar el tono muscular suele ser eficaces durante el periodo de tratamiento¹⁷.

5.2.4.3. Intervención del otorrinolaringólogo

Según, Suarez¹⁸, se debe evaluar el tamaño de la lengua y de las amígdalas, es necesario observar la base de la lengua. Así como Tratar el despeje de las vías aéreas superiores obstruidas que causan la respiración bucal: adenoides, hipertrofia de amígdalas, hipertrofia de cornetes, desviación del tabique nasal, pólipos, engrosamiento de la mucosa nasal y sinusal y puede tratar alergias. La importancia de un diagnóstico temprano por parte del otorrinolaringólogo, radicará en que permite el inicio oportuno de la rehabilitación logopédica, evitando el compromiso de las estructuras óseas, en algunos casos desafortunadamente irreversible, cuanto más próximo sea el inicio de la rehabilitación a la intervención quirúrgica si ha sido necesaria, conseguiremos más rápidos y mejores resultados.

5.2.4.4. Intervención del ortodoncista

Según Sander¹⁹, la persona con este síndrome tiene una autohigiene deficiente ya que la saliva al tener la boca abierta se seca, lo cual impide una buena autoclisis. Esto acompañado de una mala higiene por parte del

¹⁷ JIMENEZ, A. (2007). *Odontopediatría en atención primaria*, P. 397

¹⁸ SUAREZ, C. (2007). *Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*: Buenos aires, panamericana, P 2596.

¹⁹ SANDER, O. (2007) *Tratado de cirugía oral y Maxilofacial*, P. 871

individuo puede causar fácilmente caries. El ortodoncista modifica la estructura bucal para una correcta respiración, a través de aparatos ortopédicos fijos o móviles, trata los problemas de: compresión de maxila, rotación posterior de la mandíbula, mordida abierta y cruzada. Los padres de niños respiradores bucales deben ser conscientes que la resolución de este problema lleva tiempo y mucha constancia, estos tratamientos deben ser efectuados al comenzar la segunda dentición.

5.2.4.5. Protocolo de intervención logopédico

Según Sanchis²⁰, el logopeda es un complemento en el tratamiento para una total rehabilitación. De ahí que cada vez con mayor frecuencia existe la necesidad de interrelación entre el ortodoncista, el otorrinolaringólogo y el logopeda. El logopeda utiliza básicamente dos terapias: Trabajo Respiratorio global: por medio de ejercicios pasivos y activos y de una terapia de reentrenamiento psíquico y físico tratan de modificar el patrón respiratorio y la postura. Terapia Miofuncional Orofacial: corrige el desequilibrio muscular orofacial dado por respiración bucal, posición de labios y lengua en reposo y en deglución incorrectos, referidos a problemas oclusales y del habla.

5.2.5. Succión digital

Según Cameron²¹, es una de las actividades orales frecuentes en los niños, consiste en introducir un dedo, generalmente el pulgar en la cavidad oral. Éste es el más frecuente de los hábitos orales que pueden presentar los

²⁰ (SANCHIS, B (2011), *Guía para la reeducación.....* P, 39).

²¹ CAMERON, A. (2010). *Manual de Odontología Pediátrica*, Madrid España: Elsevier. P. 368

niños y generalmente implica una contracción activa de la musculatura perioral. La succión digital es un hábito tan común en la infancia que llega a ser considerada normal en niños pequeños, se inicia en el primer año de vida, y suele continuar hasta los tres o cuatro años de edad o más. La persistencia del hábito ha sido considerada un signo de ansiedad e inestabilidad en el niño.

Sobre la succión digital, Palma A, dice:

“Los hábitos a considerar y algunas de las maloclusiones que se producen son: la succión del dedo lleva a una mordida abierta, la succión del labio provoca un aumento del resalte, la succión de la lengua, la respiración oral, succión de chupete a mordida abierta anterior y protusión de incisivos superiores.”²²

Según Bardoni²³, los efectos de la succión digital depende de la duración, frecuencia e intensidad de hábito, del número de dedos implicados, de la posición en que se introducen en la boca y del patrón morfo genético. La duración de hábito es importante y si el hábito se elimina antes de los tres años de edad los efectos producidos son mínimos y se corrigen espontáneamente. La frecuencia con que se practica el hábito durante el día y la noche, también afecta el resultado final. Los efectos lógicamente serán menores en un niño que se chupe el dedo de forma esporádica que en otro que tenga el dedo en la boca de manera continua.

²² (PALMA, A. (2007). *Técnicas de Ayuda*..... P.301).

²³ (BARDONI, N (2010). *Odontología Pediátrica*. P 661).

5.2.5.1. Consecuencias de la succión digital

Protrusión de los incisivos superiores con o sin presencia de diastema, retroinclinación de los incisivos inferiores, mordida abierta anterior, prognatismo alveolar superior, estrechamiento del arcada superior debido principalmente a la acción del musculo buccinador, mordida cruzada posterior, dimensión vertical aumentada. Otros problemas asociados a este hábito Bardoni N, referente a las consecuencias de la succión digital dice “son la deformación de los dedos, algunos estudios han demostrado que la succión digital prolongada produce, deformidades en los dedos, que si se mantiene por mucho tiempo solo puede ser corregido quirúrgicamente”²⁴, eccema irritativo, alopecia, paroniquia, uñeros. Otros efectos negativos de este hábito pueden ser los trastornos en el lenguaje y en el desarrollo físico y emocional del niño. Se considera que el hábito es crónico si el niño succiona el pulgar en diferentes ambientes como en casa, en el colegio, y si ocurre por la mañana y por la noche.

5.2.5.2. Tratamiento de la succión digital

Referente al tratamiento de la succión digital, Bardoni N, dice:

La odontología pediátrica dispone de diversas alternativas en el tratamiento del hábito de succión digital. La frecuencia e intensidad del hábito son crónico cuando se produce en dos lugares casa, escuela o guardería y durante el día y la noche. Muchos niños mantienen la succión digital como una manera de enfrentarse a los padres que insisten en que deje de succionarse el o los dedos. Una primera estrategia es simplemente ignorarlo por unas semanas. Instituir el tratamiento en dos fases: si la succión digital persiste, es recomendable iniciar el tratamiento con estrategias no

²⁴ (BARDONI, N (2010). *Odontología Pediátrica*. P 662).

invasivas y, si el niño no responde, iniciar el uso de técnicas invasivas como aparatos rompe hábitos²⁵.

En lo que se refiere al tipo de aparatología, Jimenez A, dice:

La aparatología empleada no debe ser punitiva y debe ser versátil para permitir varias funciones simultáneamente. La prescripción de aparatos, ha de ser diseñado para un paciente informado y colaborador. El diseño del aparato tiene como objetivo romper la cadena de asociaciones con la graficación táctil de la succión del dedo, en contacto con el paladar. El aparato puede ser fijo o removible, la rejilla cumple doble función de bloquear la succión digital y restringir la interposición lingual, por otra parte, el asa anterior puede servir para reducir la inclinación de los incisivos. Los dispositivos fijos tienen la ventaja de que el niño no los pierda y son muy efectivos, ya que los lleva puestos todo el día. Los removibles están indicados en casos de problemas emocionales, en este caso actuará solamente como un recordatorio para el hábito y a la vez ira corrigiendo algunos problemas de oclusión²⁶.

5.2.6. TIPOS DE MALFORMACIONES

5.2.6.1. MALFORMACIONES DE LA LENGUA

5.2.6.1.1. Lengua bífida

Bascones A, presenta la definición acerca lengua bífida “Es una malformación se presenta cuando existe una falta de soldadura en los dos tubérculos laterales de la línea media y puede ser parcial o total”²⁷. La lengua hendida parcial es más común y se manifiesta por un surco profundo en la línea media de la superficie dorsal de la lengua. Tiene poco significado clínico, excepto por la posibilidad de acumulación de restos de alimentos en la base de la hendidura y desarrollo de microorganismos que

²⁵ (BARDONI, N. (2010) *Odontología Pediátrica*. P 662).

²⁶ (JIMENEZ, A. (2007). *Odontopediatría en atención primaria*, P. 392).

²⁷ BASCONES, A (2009). *Medicina Bucal*. Madrid España: Ariel. P, 319.

producen irritación con lo que las molestias a la masticación son más frecuentes.

5.2.6.1.2. Lengua fisurada

Se caracteriza por numerosos surcos superficiales o profundos, en la parte posterior de superficie de la lengua. La superficie de los surcos puede ser diferentes en tamaño y profundidad, irradiando hacia fuera, y hace que la lengua tenga una apariencia arrugada. Bascones A, dice acerca de la lengua fisurada “Generalmente estos surcos se originan de un rafe medio, adoptando una disposición radiada, a manera de nervios de una hoja”²⁸. Puede ser evidente desde el nacimiento o se manifiestan durante la infancia o más adelante. Normalmente son asintomáticos cuando está presente, normalmente ocurre retención de residuos alimenticios y microorganismos por presencia de fisuras y surcos profundos, lo que puede causar mal olor, no existe un tratamiento específico, se debe orientar al paciente en cuanto a la limpieza y a la remoción de restos alimenticios.

5.2.6.1.3. Anquiloglosia

Sobre la anquiloglosia, Vásquez E, dice:

La anquiloglosia se ocasiona por un frenillo lingual fibroso o la inserción alta de musculo geniogloso la cual puede ser parcial o completa; el diagnostico se hace al detectar la incapacidad de tocar el paladar duro con la punta de la lengua o cuando no se puede proyectar más de 1 ó 2 mm sobre los incisivos inferiores. En algunas ocasiones existe literalmente una fusión de la lengua al piso de la boca, el diagnóstico se hace hasta que aparece la primera dentición. Se debe de corregir quirúrgicamente si existen problemas de dicción, dificultad para alimentarse y problemas periodontales o psicológicos, sin embargo no se debe de intentar algo antes de los cuatro años

²⁸(BASCONES, A (2009). *Medicina Bucal*. P, 317).

de edad porque puede llegar a corregirse espontáneamente. Existe una variante llamada anquiloglosia superior en la cual la lengua está unida al paladar duro, es rara pero cuando existe, suele asociarse a paladar hendido²⁹.

Según Nussbaum³⁰, la anquiloglosia o lengua anclada es un trastorno congénito frecuente, caracterizado por un frenillo lingual anormalmente corto. Si el grado de la anquiloglosia es grave, puede estar afectado el lenguaje, lo que obliga a seguir una terapia del lenguaje o a la corrección quirúrgica. Cuando el niño es capaz de extender su lengua lo suficiente para humedecer el labio inferior, entonces suele no estar indicada la frenectomía. Sin embargo, muchos profesionales indican que el frenillo lingual corto, no se estira porque no posee fibras elásticas. Es esencial el tratamiento fonoaudiológico previa cirugía, puesto que el frenillo corto da escaso movimiento lingual, y debemos trabajar para favorecer y evitar trastornos en la deglución y articulación.

5.2.6.1.4. Macroglosia

Es el agrandamiento lingual, que puede ser pasiva si la boca es pequeña y verdadera, cuando el aumento es a expensas de un crecimiento real de dicho órgano. Se conoce como macroglosia falsa cuando el aumento es causado por edema, según Cameron A, “los niños con macroglosia tienen dificultades para articular sonidos dentolinguales z, linguoalveolares t, d, n, l, y palatolinguales ch, ll”³¹.

²⁹ VASQUEZ, E. (2011). *Bases Anomopatológicas de Enfermedad Quirúrgica*, Estados Unidos de América: Palibrio, P. 33

³⁰ NUSSBAUM, L. (2008). *Genética en medicina*, España: Elsevier, P. 168.

³¹ (CAMERON, A. (2010). *Manual de Odontología Pediátrica*, P. 409)

El tratamiento de la macroglosia no suele ser necesario y si se hace, consiste en eliminar el factor causal. Wolff K, dice acerca de la macroglosia “La presión que ejerce sobre los dientes es la causa del festoneado que adoptan los sectores laterales de la lengua. Son comunes tanto la dificultad para masticar y para hablar como la mordedura accidental de la lengua”³².

5.2.6.1.5. Microglosia

Según Moore³³, es una lengua anormalmente pequeña, es rara y suele acompañarse de micrognatia. Casi siempre ésta anomalía está asociada a malformaciones en las extremidades en especial en pies y manos, paladar hendido y agenesias dentarias. Por lo común lo que se ve, es un rudimento de lengua pero que si la tironeamos con una pinza vemos que es más larga y estrecha, Como consecuencia de la falta de estímulo muscular entre los arcos dentarios, éstos no se desarrollan transversalmente y la mandíbula no crece en sentido anterior, dando como resultado una severa maloclusión dento esquelética. Su etiología debe a agresiones fetales en las primeras semanas de la gestación. El lenguaje y la deglución no están afectados sensiblemente por esa condición

5.2.6.1.6. Lengua dentada

Se producen las impresiones de las piezas dentarias en los bordes linguales debido a un aumento de tamaño de la lengua, bruxismo, excesivo contacto dentario de los dientes con la lengua. Bascones A, dice “Aunque

³² WOLFF, K. (2008). *Dermatología en Medicina General*, Madrid España: Panamericana, P, 644.

³³ MOORE, K. (2009). *Embriología clínica*, P, 178.

la lengua sea de tamaño normal, pueden producirse estas huellas o impresiones dentales como consecuencia de tic nervioso³⁴. No tiene importancia y solo en el caso que moleste y el paciente sea consciente de ello, se colocarán placas de descarga para evitar el efecto traumático. Etiología: Hábito de presión anormal de la lengua contra los dientes anteroinferiores, Lengua de tamaño normal con arcadas pequeñas o Verdaderas macroglosias por edema inflamatorio, de causa sistémica o congénita

5.2.6.2. MALFORMACIONES DEL PALADAR

5.2.6.2.1. Fisura palatina

Se presenta cuando el techo de la boca no se cierra completamente sino que deja una abertura que se extiende hasta la cavidad nasal. Esta hendidura puede comprometer cualquier lado del paladar y puede extenderse desde la parte anterior de la boca (paladar duro) hasta la garganta (paladar blando), a menudo también llega a incluir el labio. Debido a que es una anomalía que se presenta dentro de la boca, el paladar hendido no es tan evidente como el labio leporino. Gomez M, acerca de la fisura palatina dice “Se produce por falta de fusión de los procesos palatinos laterales entre sí o con el tabique nasal o con el paladar primario³⁵. También es frecuente que la campanilla o úvula esté dividida. El tratamiento de la fisura palatina debe enfocarse en tres aspectos importantes: como, el cierre del defecto, desarrollo del lenguaje,

³⁴(BASCONES, A (2009).*Medicina Bucal*. P, 317).

³⁵ GOMEZ, M. (2009).*Histología Embriología e ingeniería tisular bucal*: Madrid España: Panamericana, P. 109

crecimiento facial. El maxilar fisurado después de la reparación quirúrgica del defecto debe tener una evolución fisiológica del punto de vista del esfínter velo faríngeo, considerándose la fonación normal como el principal objetivo de esta cirugía.

5.2.6.2.2. Torus palatino

Bascones A, dice acerca del torus palatino “Es una hiperostosis asintomática, suele ser unilobular, bilobular, o presentar hasta cuatro elevaciones en la línea media del paladar”³⁶. Protuberancia ósea de crecimiento lento, toma una forma ovalada en una dirección anteroposterior, su mucosa se encuentra intacta, aunque en ocasiones se le puede observar pálida, según su forma, se han clasificado en cuatro grupos. Los planos se presentan como una suave convexidad simétrica y base amplia; los fusiformes son más pronunciados y a veces con un surco en la línea media, los nodulares presentan varias protuberancias con base individual y los lobulares tienen una base amplia y común para los diferentes lóbulos. Su causa es desconocida aunque se menciona como posible un factor genético recesivo, también se atribuye a alteraciones funcionales agresivas. No es un crecimiento neoplásico se requiere la eliminación quirúrgica cuando se traumatiza con la masticación de los alimentos, sufre ulceraciones, impide el habla o la masticación o el asentamiento de una prótesis

³⁶(BASCONES, A. (2009).*Medicina Bucal*).

5.2.6.2.3. Paladar ojival

Sobre la definición del paladar ojival, Guedes A, dice.

Con el nombre de paladar ojival se describe una alteración del paladar duro que consiste en la elevación de su parte central con un marcado arqueamiento de las partes laterales. Además de entrar en la morfología de varios síndromes malformativos, el paladar ojival es muy frecuente en niños sin otras deformidades. Su origen hay que buscarlo en una hipertrofia adenoidea que dificulta la normal respiración nasal forzando la respiración por la boca, siempre entreabierta; otras veces es el uso prolongado del chupete o la costumbre de chuparse el dedo que actúan por presión directa sobre unos huesos tan blandos y maleables a esa edad como todos los demás. Sus consecuencias recaen sobre todo en la arcada dentaria superior que se deforma también, con el consiguiente brote dentario en mala posición, lo que obligará a una corrección de ortodoncia ³⁷.

5.2.6.3. MALFORMACIONES DE DIENTES

5.2.6.3.1. POR SU FORMA

5.2.6.3.1.1. Fusión

Según Assed L³⁸, se caracteriza por la unión de dos dientes, por la dentina durante su desarrollo. Cuando ocurre la fusión en dos dientes temporales es común la ausencia de los dientes permanentes sucesores, en la cara vestibular aparece un surco vertical, más o menos marcado, que indica la fusión de ambos dientes; por palatino puede presentar dos cíngulos o uno que se abre en abanico en incisal, esta anomalía se da con mayor frecuencia en la dentición temporal que en la dentición permanente. El tamaño del diente depende de la etapa en que se produjo la fusión, los

³⁷(GUEDES, A. (2011). *Fundamentos de odontología*, P 134).

³⁸(ASSED, L. (2008). *Tratado de Odontopediatría*. PAG. 238).

dientes fusionados tardíamente en el desarrollo a menudo producen dientes de tamaño doble del normal. En las radiografías se observa una corona de mayor diámetro mesiodistal con cámaras pulpares y canales radiculares separados. El tratamiento varía de acuerdo al caso, realizándose un desgaste de la superficie mesial y distal con el propósito de reducir el tamaño de este diente, hasta el tratamiento endodóntico y ortodóntico, si fueran necesarios.

5.2.6.3.1.2. Germinación

Es la división incompleta de la yema dental produciendo la formación parcial o completa de dos coronas con raíces divididas, estas anomalías pueden encontrarse en la dentición temporal o permanente. Assed L, dice acerca de la geminación “La corona se presenta con diámetro mesiodistal aumentado y un surco cervicoincisor muy semejante a los dientes fusionados”³⁹. Se observa apenas una raíz y un canal radicular.

5.2.6.3.1.3. Diente invaginado

Regezi J, referente al diente invaginado dice “También conocido como dens in dente o diente dentro de un diente, los incisivos laterales superiores permanentes son los más afectados con mayor frecuencia, aunque cualquier diente anterior puede serlo, se ignora la causa de esta anomalía”⁴⁰. El dens in dente rara vez se diagnostica clínicamente, pues solo se altera la translucidez del diente afectado y no ofrece sintomatología específica. La etiología es desconocida y entre las posibles causas: la

³⁹(ASSED, L. (2008). *Tratado de Odontología*. P, 371).

⁴⁰ REGEZI, J. (2009). *Patología bucal*. México: McGraw Hill, P. 456.

deformación de la arcada dental resultante de la deformación del órgano del esmalte, falta focal de crecimiento del epitelio interno del esmalte en cuanto al epitelio adyacente continua proliferando normalmente o la fusión de dos gérmenes dentales. Lo más común es que se encuentre como hallazgo radiográfico accidentalmente, donde se aprecia una estructura dentaria dentro de otra, como medida preventiva se indica la obliteración del defecto con aplicación de sellantes de fosas y fisuras o restauraciones preventivas.

5.2.6.3.1.4. Evaginación dental

También se la conoce como tubérculos dentales, cúspides de garra, cúspides secundarias o dens evaginatus, se caracteriza por la presencia de una estructura de cúspide secundaria que se proyecta del área del cíngulo hacia la unión amelocementaria, esta ocurre en dientes anteriores superiores o inferiores y en ambas denticiones. Uno de los mayores problemas causados por las cúspides secundarias es la interferencia oclusal. La cúspide en garra puede llevar al trauma oclusal y periodontitis apical aguda en el diente antagonista. El tratamiento de la cúspide de garra debe efectuarse luego de un cuidadoso examen clínico y radiológico, observando si la remoción de la cúspide, conlleva a la exposición pulpar y al tratamiento endodóncico. Assed L, dice “La cúspide de garra se asocia con frecuencia a otras anomalías dentales: cíngulo bífido, dens in dente, cúspides exageradas de carabelli”⁴¹, el diagnóstico precoz de la cúspide de garra es importante para evitar la interferencia oclusal, compromiso

⁴¹ (ASSED, L. (2008). *Tratado de Odontología*. PAG. 114).

estético, surcos de caries, problemas periodontales debido a fuerzas oclusales excesivas o laceración de la lengua durante el habla o masticación.

5.2.6.3.1.5. Taurodontismo

Según, Cameron⁴², este término hace referencia a los dientes molares que tienen una cámara pulpar que ha aumentado de tamaño verticalmente a expensas de las raíces, puede manifestarse como un defecto aislado, en familias o relacionado con síndromes como el de Down, así como también en pacientes con amelogénesis. Puede presentarse tanto en la dentición primaria como en la permanente siendo esta última la más frecuente, afectando principalmente a los molares, aunque también se afectan a veces los premolares; en donde los terceros molares son los más afectados mientras que los primeros molares son los menos.

5.2.6.3.1.6. Perlas de esmalte

Jimenez A, referente a las perlas de esmalte dice “Tiene forma redondeada y se encuentra adosada a la superficie radicular, generalmente en los molares, en la zona de la furca o próximas a esta, donde se forma la perla del esmalte no se forma cemento, sino que el esmalte se deposita directamente en la dentina”⁴³. La composición de la perla puede ser exclusivamente de esmalte aunque en algunos casos también incluyen dentina.

⁴² (CAMERON, A. (2010). *Manual de Odontología Pediátrica*, P. 245).

⁴³ (JIMENEZ, A. (2007). *Odontopediatría en atención primaria*, P. 81).

5.2.6.3.1.7. Espolones de esmalte

Según Jiménez⁴⁴, Consiste en la proyección de esmalte hacia cervical en la zona de la furca de los dientes multiradiculares, especialmente en molares inferiores, y más en la cara vestibular que en la lingual. En ocasiones el cemento los recubre, por lo que pasan inadvertidos. Su problema es que pueden facilitar la aparición de problemas periodontales por pérdida de la inserción epitelial en esa zona.

5.2.6.3.1.8. Dientes cónicos

Según, Assed⁴⁵, son dientes que se presentan en forma de cono, con borde incisal puntiagudo, en la mayoría de los casos, los dientes cónicos se observan en pacientes con problemas genéticos como la displasia ectodérmica, Ellis-van creveld, síndrome de Rieger. La etiología está relacionada probablemente a las diferentes mutaciones en los mismos genes. Estos dientes son raros tanto en la dentición permanente como en la temporal y cuando aparecen por lo general son los incisivos laterales superiores. El tratamiento consiste en la reconstrucción de la anatomía dental con restauraciones estéticas de resina.

5.2.6.3.2. POR EL NUMERO DE DIENTES

5.2.6.3.2.1. Agenesia dental

García A, acerca de la agenesia dental dice “Es la falta de formación de un diente o de varios, la que sabe faltar con mayor frecuencia es la muela del

⁴⁴(JIMENEZ, A. (2007). *Odontopediatría en atención primaria*, P. 78).

⁴⁵(ASSED, L. (2008). *Tratado de Odontopediatría*. P, 249).

juicio, seguida de los incisivos laterales superiores, los segundos premolares inferiores, el segundo premolar superior, y el incisivo central inferior”⁴⁶. La manifestación clínica más observada ante esta afección es el espaciamiento que se produce entre los dientes brotados, con la correspondiente ruptura del equilibrio dentario y las consecuentes afectaciones de la oclusión. Son muy frecuentes en los niños que nacen con fisuras labioalveolopalatinas y asociadas con otras enfermedades genéticas como el síndrome de Down.

5.2.6.3.2.2. Dientes supernumerarios

Assed L, acerca de dientes supernumerarios dice “Se refieren a una condición caracterizada por la presencia de un número de dientes superior al normal en el arco dental. Los cuales se presentan como dientes pequeños, coniformes y finos, presentando frecuentemente una completa formación radicular”⁴⁷. Pueden erupcionar de manera habitual, quedarse impactado o asumir posiciones ectópicas siguiendo un camino anormal de erupción. Los dientes supernumerarios anteriores no erupcionados son causa frecuente de alteraciones de la erupción de dientes permanentes. La presencia de estos dientes suele asociarse a anomalías craneofaciales, comisuras labiales o palatinas, disostosis cleidocraneana. El diagnóstico y tratamiento de estas piezas se hace necesario para evitar complicaciones posteriores que pudieran alterar el arco dental. La presencia de dientes supernumerarios anteriores se asocia a numerosas alteraciones en los dientes vecinos, siendo las más habituales la sobreretención de incisivos

⁴⁶ (GARCIA, A. (2007). *No quiero lavarme los dientes*, P. 123).

⁴⁷ (ASSED, L. (2008). *Tratado de Odontopediatría*, P.218).

temporales, la erupción ectópica y el retraso o incluso el fracaso eruptivo de los permanentes.

5.2.6.3.3. POR SU TAMAÑO

5.2.6.3.3.1. Microdoncia

Según Cameron⁴⁸, el diente es más pequeño de lo normal, forma más habitual de la microdoncia afecta a uno o puede que a dos dientes y aparece con menor frecuencia en la dentición temporal que en la permanente, el más afectado suele ser el incisivo lateral superior, suele provocar problemas estéticos ya que da lugar a la presencia de espacios entre las piezas dentales, la microdoncia puede dividirse en tres tipos: la microdoncia generalizada verdadera es una condición rara que abarca toda la dentición en donde los dientes son de menor tamaño que lo normal, en la microdoncia generalizada relativa los dientes son de tamaño normal o algo menor pero se alojan en los maxilares mayores que lo normal y la microdoncia de diente único se refiere cuando un solo diente está afectado. Se encuentra con frecuencia en el maxilar superior y solo ocurre en la dentición permanente. Esta anomalía puede estar asociada al síndrome de Down. Los microdientes, pueden presentar diastemas interdientales o inclinaciones indeseables. Para una mejora estética suele precisarse el recurso a las restauraciones con resinas compuestas, carillas de porcelana o incluso coronas.

⁴⁸ (CAMERON, A. (2010). *Manual de Odontología Pediátrica*, P. 236).

5.2.6.3.3.2. Macrodoncia

Según, Cameron⁴⁹, se refiere cuando los dientes tienen un tamaño más grande de lo normal, siendo su factor etiológico la herencia, la macrodoncia puede clasificarse en tres categorías: la macrodoncia generalizada verdadera es rara, siendo todos los dientes mayores que lo normal y se asocian al gigantismo pituitario, mientras la macrodoncia generalizada relativa resulta de la presencia de dientes del tamaño normal o algo mayores presentes en maxilares pequeños, la macrodoncia unidentaria es relativamente rara, abarcando la totalidad del diente o solo afecta la corona o raíz. La macrodoncia de único diente no debe de ser confundida con la fusión o germinación dental, esta condición puede estar asociada al síndrome de Down, hipertrofia hemifacial. El diagnóstico de la macrodoncia se hace considerando el diámetro mesiodistal de los dientes. El tratamiento consiste en la disminución del ancho mesiodistal del macrodiente y el aumento del ancho mesiodistal de su homologo con resina.

5.2.6.3.4. POR SU ESTRUCTURA

5.2.6.3.4.1. AMELOGÉNESIS IMPERFECTA

Sobre la amelogénesis imperfecta, Cawson R, dice.

La amelogénesis imperfecta está determinada por un grupo de alteraciones provocada por anomalías de código genético de las proteínas de la matriz del esmalte. La clasificación es compleja, y se basa en el modelo hereditario, hipoplasia del esmalte, hipomineralización o hipomaduración y en la apariencia que puede ser lisa, rugosa o con hoyos. Los tipos menos frecuentes ligados al cromosoma X, están producidos por una variedad de alteraciones en los genes amelogénicos,

⁴⁹ (CAMERON, A. (2010). *Manual de Odontología Pediátrica*, P. 236).

los factores genéticos actúan mientras dura la amelogénesis, por tanto todos los dientes están afectados y los defectos perjudican a todo el esmalte o se distribuyen al azar en el mismo. Por el contrario, los factores exógenos que afectan a la formación del esmalte, tienden a actuar durante un periodo relativamente breve y producen anomalías relacionadas con este periodo de formación de esmalte.⁵⁰

5.2.6.3.4.1.1. Tipo hipoplásico

Según Cameron⁵¹, se trata de un defecto cuantitativo que produce un defecto en el contorno de la superficie del esmalte, suele deberse a un fallo inicial en la deposición de la proteína del esmalte, presenta una reducción de la formación de matriz del esmalte causada por interferencia en la función de los ameloblastos. Clínicamente el esmalte no tiene el espesor normal, es duro pero defectuoso en cantidad, áspero, tiende a astillarse y a pigmentarse. La coloración se acentúa con la edad, el esmalte se desgasta muy rápidamente quedando la dentina expuesta. Los dientes afectados presentan un color oscuro posiblemente debido a una mayor mineralización de la dentina subyacente. El tamaño es más reducido, con ausencia de los puntos de contacto por la disminución en el espesor del esmalte. Del punto de vista histopatológico, se observa cambios que obedecen a una reducción de la matriz orgánica depositada durante la amelogénesis. La capa de esmalte es muy delgada pero con una mineralización normal.

⁵⁰ CAWSON, R.(2009) *Fundamentos de Medicina y Patología Oral*, Barcelona España: Elsevier, P.24.

⁵¹ (CAMERON, A. (2010). *Manual de Odontología Pediátrica*, P. 251).

5.2.6.3.4.1.2. Tipo hipocalcificado

A lo referente al tipo hipocalcificado, Jimenez M. dice:

Los dientes erupcionan normalmente, pero el esmalte es débil, quebradizo y se desprende, dejando al descubierto la dentina. Afecta sobre todo a los bordes incisales y a las caras oclusales. Se hereda con carácter autosómico dominante y muy raramente recesivo. El más frecuente de este grupo tipo I: esmalte blando y de consistencia de queso. Puede ser fácilmente removido con un instrumento, tipo II: esmalte opaco, que salta fácilmente, se corta con facilidad con instrumentos rotatorios, tipo III: zonas locales de hipocalcificación, habitualmente limitadas a la parte oclusal e incisal de los dientes. Constituye un defecto grave durante la mineralización de la matriz de esmalte⁵².

5.2.6.3.4.1.3. Tipo hipomaduración

Cawson N, acerca del tipo de hipomaduración dice “El esmalte presenta forma normal al erupcionar, pero su coloración oscila del blanco opaco al amarillo amarronado. La apariencia de los dientes es similar a la tinción por flúor, son blandos y vulnerables a la atrición”⁵³. Presenta una mineralización menos intensa con áreas focales o generalizadas de cristales de esmalte inmaduro. Clínicamente el esmalte es de espesor normal, pero no de dureza y transparencia normales; el esmalte puede ser perforado con la punta de una sonda exploradora haciendo presión firme y puede separarse de la dentina subyacente mediante raspado. La radiodensidad del esmalte es aproximadamente la misma de la dentina, la forma más leve de hipomaduración tiene una dureza normal y presenta

⁵² (JIMENEZ, M. (2007) *Odontología en atención primaria* P, 92).

⁵³ (CAWSON, R.(2009) *Fundamentos de medicina y patología oral*, P26).

manchas blancas opacas en los bordes incisales de los dientes llamados diente con gorro de nieve.

5.2.6.4. MALFORMACIONES DEL LABIO

5.2.6.4.1. Labio fisurado

Según Assed⁵⁴, el labio puede estar totalmente fisurado llegando hasta la fosa nasal sin involucrar el ala nasal, existiendo la fisura subcutánea, donde sólo está afectada la musculatura, observándose en estos casos una muesca en el rojo labial. El labio leporino es una anomalía en la que el labio no se forma completamente durante el desarrollo fetal. El grado de anomalía del labio leporino puede variar enormemente, desde leve muesca del labio hasta grave a una gran abertura desde el labio hasta la nariz. El labio leporino recibe distintos nombres según su ubicación y el grado de compromiso del labio. Una hendidura en un lado del labio que no se extiende hasta la nariz se denomina unilateral incompleta. En cambio, una hendidura en un lado del labio que se extiende hasta la nariz se denomina unilateral completa. Mientras que una hendidura que compromete ambos lados del labio y que se extiende y compromete la nariz se denomina bilateral completa.

Se produce por alteración de la modernización de los procesos nasales medios con procesos maxilares. Los labios se desarrollan a partir de tres procesos: una apófisis nasal central en la línea media y las dos alas de un arco branquial, las apófisis maxilares que se desarrollan en cada lado de las inserciones dorsales a la cabeza para alcanzar la apófisis nasal

⁵⁴ (ASSED, L. (2008). *Tratado de Odontopediatría*, P.850).

ventralmente en la línea media. Cuando no se produce la fusión, resulta un labio leporino. El fallo en la fusión suele ocurrir entre la apófisis maxilar y la apófisis frontonasal. Esto puede dar lugar a una hendidura palatina completa que se extiende hasta el ala de la nariz o tan sólo a una ligera depresión hendida del borde del labio. Velayos J, dice “En la fisura labial y palatina existe un factor hereditario multifactorial o poligénico con tendencia familiar en un 90% de los casos”⁵⁵.

5.2.6.4.2. Frenillo labial superior hipertrófico

En lo referente al frenillo labial superior hipertrófico, Guedes A, dice:

La forma el tamaño y la inserción del frenillo sufren intensas variaciones de acuerdo con la edad del niño. Un frenillo labial hipertrófico es aquel que tiene un tamaño mayor al normal, además su inserción suele ser más baja en el paladar y produce la aparición de un antiestético diastema entre los incisivos centrales superiores. Uno de los métodos que se utiliza para valorar el grado de hipertrofia del mismo consiste en tirar del labio superior y a su vez del frenillo, si se observa una isquemia de la papila palatina y ésta se vuelve de color blanquecino hablamos de signo de Graber positivo, que indica una hipertrofia del frenillo junto con una inserción baja del mismo. En algunas situaciones el cierre de este diastema se produce de manera espontánea con la erupción de los caninos debido a las fuerzas eruptivas de estos, pero en otras ocasiones el frenillo es de tal envergadura que el diastema permanece. Para la corrección del diastema será necesario un tratamiento con ortodoncia convencional o lingual incógnito⁵⁶.

5.2.6.4.3. Doble labio

Según López E⁵⁷, el labio doble es una anomalía bucal poco frecuente que puede ser congénita o adquirida, afecta con mayor frecuencia al labio

⁵⁵ VELAYOS, J, (2007). *Anatomía de la cabeza para odontólogos*. Madrid España: panamericana P, 11.

⁵⁶ (GUEDES, A. (2011). *Fundamentos de Odontología*. Sao Paulo Brazil: Santos, P. 117).

⁵⁷<http://www.geodental.net/article-8019.html>

superior y toma la forma de dos masas de tejido hiperplásico a ambos lados de la línea media. El labio doble es causado por hiperplasia no inflamatoria de las glándulas de la mucosa labial. Al sonreír, el labio se retracta y la mucosa se posiciona sobre los dientes superiores, tomando la apariencia de arco de cupido. El labio doble puede requerir la corrección quirúrgica por razones estéticas. El tratamiento debe de lograrse por la escisión de la mucosa y tejidos submucoso.

5.2.6.4.4. Fosas labiales congénitas

Según Gonzales, F⁵⁸, es una afección rara localizada a milímetros de la línea media del borde bermellón del labio inferior y más raramente en el superior, las lesiones suelen ser asintomáticas y su tratamiento es quirúrgico y por razones estéticas. Van desde la formación de verdaderas fístulas producidas por falta de cierre del conducto embriológico del proceso mandibular fetal hasta la formación de pequeñas depresiones en el tejido epitelial labial. Los trayectos fistulosos terminan en un fondo de saco ubicado en los músculos labiales y relacionados con las glándulas salivales. Los pacientes con paladar hendido, fisura labio-alveolo-palatina y labio hendido los presentan, también se asocian a otras anomalías dentales, esqueléticas y cardiovasculares. Pueden ser heredadas con un carácter autosómico dominante. Se desarrollan por la regresión incompleta del surco lateral del labio inferior durante el periodo de desarrollo embrionario

⁵⁸ www.dermatologiapediatrica.net/.../29-capitulo-2-patologal.

5.2.7. TRATAMIENTOS

5.2.7.1. Tratamientos odontológicos

Los pacientes que presenten malformaciones bucales son muy propensos a caries dentales y a la aparición de gingivitis, por lo que deben ser atendidos de rutina, se debe evitar a toda costa la pérdida de dientes tanto en la primera como en la segunda dentición. Son importantes las medidas profilácticas mediante una fluorización. Se debe elaborar una estrategia preventiva individualizada, acondicionar el medio bucal y prevenir la aparición de enfermedades orales. Hacer la visita inicial al odontopediatría antes del año de edad y periódicamente cada 6 meses, Guedes A, dice acerca de los tratamientos odontológicos “el éxito del tratamiento esta intrínsecamente relacionada a la capacidad que el profesional tiene de motivar y educar a sus pacientes”⁵⁹. El control y remoción de la placa bacteriana mediante enseñanza de técnicas de higiene oral adaptadas, uso del hilo dental. Se debe reforzar el esmalte dental y disminuir la carga bacteriana bucal mediante el uso de colutorios de flúor y de clorexidina

5.2.7.2. Tratamientos quirúrgicos

La cirugía oral y maxilofacial es la especialidad médico-quirúrgica que se ocupa de la prevención, estudio, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la patología de la boca, cara y territorio craneofacial, así como de los órganos y estructuras cervicales relacionadas directa o indirectamente con las mismas. Cameron A, dice “El objetivo final del tratamiento consiste en conseguir una forma y función sobre todo en el habla, causando el menor

⁵⁹ GUEDES, A. (2011). *Fundamentos de Odontología*, P. 119.

daño posible en cuanto al crecimiento y desarrollo en el momento de intervención quirúrgica⁶⁰. En general está aceptado que el tratamiento quirúrgico obtiene resultados óptimos realizándose antes de los 12 meses de edad.

5.2.7.3. Tratamiento logopédico

Jimenez M, dice “La intervención logopédico puede ayudar a conseguir mayor control bucofacial y a mejorar la calidad del habla”⁶¹, Como consecuencia de estas severas perturbaciones en el habla el tratamiento foniátrico/logopeda debe iniciarse lo más precozmente, generalmente con el inicio del habla hacia los 2 años hasta aproximadamente los 10 años, aunque se trata de una terapia individualizada, dependiendo de cada paciente en concreto.

En lo referente al tratamiento logopédico, Gimero F, dice:

Después que el cirujano maxilofacial restablece las estructuras anatómicas afectadas, el logo foniatra explora, valora y determina la conducta a seguir con el paciente indicándole ejercicios funcionales con el objetivo de tratar de lograr la corrección y habilitación fisiológica del habla y la voz, una vez determinado el tratamiento a seguir el paciente acude al departamento técnico donde es atendido por el licenciado en la especialidad quien ejecuta con éste los ejercicios funcionales indicados para la corrección del trastorno de pronunciación, además, orientar a los padres en su realización y la conducta a seguir con el paciente⁶².

⁶⁰ (CAMERON, A. (2010). *Manual de Odontología Pediátrica*, P. 385)

⁶¹ JIMENEZ, M. (2009) *Expresión y Comunicación*, España: Editex, P.27.

⁶² GIMERO, F. (2008). *Anatomía de la Voz*, España: Paidotribo, P,134.

5.2.7.4. Tratamiento psicológico

Sander O, referente al tratamiento psicológico dice “Desde el punto de vista psicológico hay que tomar en cuenta primero, el comportamiento de los padres en relación a su hijo y segundo, el estado anímico del niño con sus padres y el medio ambiente que le rodea”⁶³. Se han descrito procedimientos consistentes en explicar al niño mediando modelos de yeso y láminas ilustrativas en presencia de los padres, con objeto de que estos refuercen en casa las explicaciones, las consecuencias que pueden acarrear los malos hábitos bucales. Se les explica los problemas estéticos que ocasiona como la deformación de la cara y de la boca, sin contar los daños para su salud. El tratamiento suele consistir en una visita mensual durante unos 6 meses, si bien la mayor parte de los niños interrumpen su hábito antes de los tres meses. En cada una de las visitas, se refuerza el condicionamiento del niño con las consecuencias negativas y, si ha mejorado se le felicita o se le premia de alguna manera.

5.3. DISGLOSIAS

5.3.1. CONCEPTO

Latorre A, presenta la definición de la disglosia “Es la dificultad de la producción oral debido a alteraciones anatómicas y/o fisiológica de los órganos articulatorios”⁶⁴. Provocadas por determinadas anomalías o malformación de algunos de los órganos encargados de la articulación de los fonemas. Su origen puede ser congénito, generalmente por

⁶³ (SANDER, O. (2007) *Tratado de cirugía oral y Maxilofacial*, P. 871)

⁶⁴ LATORRE, A. (2011) *Trastornos y dificultades del desarrollo*, Puv. P, 273.

malformaciones craneofaciales, y también puede ser adquirido, cuando se deban a trastornos o lesiones orofaciales, intervenciones quirúrgicas, trastornos de crecimiento o parálisis en algunos órganos responsables del habla. Desde el punto de vista logopédico, interesa la localización del órgano responsable de la disfunción articulatoria para verificar su grado de afectación. El criterio comúnmente admitido para clasificar las disglosias consiste en identificar el grado de afectación del órgano responsable de la articulación defectuosa de los fonemas. Así pueden estar afectados los labios, las mandíbulas, los dientes, la lengua y el paladar, generando o dando lugar a diferentes tipos de disglosia.

5.3.2. Etiología

La etiología de esta alteración puede ser muy variada, puede deberse a una única causa o a varias, de origen orgánico o adquirido, y que pueden interferir en el normal funcionamiento de uno o varios órganos. Fernandez M, dice “Entre las causas más frecuentes están las malformaciones congénitas craneofaciales como la fisura palatina o labio leporino, los trastornos del crecimiento como la hipertrofia de adenoides o la maloclusión dentaria, tumoraciones entre otras”⁶⁵.

5.3.3. Diagnóstico de las disglosias

Según Castejón⁶⁶, el diagnóstico de la disglosia es bastante sencillo al corresponder su etiopatogenia a un origen de malformación orgánica. Siempre hay la necesidad de trabajar estas patologías desde el equipo

⁶⁵ FERNANDEZ, M. (2008), *Las Cincuenta principales consultas en Pediatría de Atención Primaria*, Madrid España: Trigraphis, P, 124.

⁶⁶ CASTEJÓN, J.(2009) *Unas bases psicológicas de la educación especial*, P 134.

multidisciplinar, ya que con frecuencia, las alteraciones psicológicas conllevan, inhibiciones, alteraciones de la personalidad e inseguridad que sin presentar problemas cognitivos, de no ser correctamente tratados estos niños pueden desencadenar en fracaso escolar ya que el lenguaje se aprende y se desarrolla utilizándolo y su falta de fluidez verbal los hace retraerse. A ello hay que añadir que por desgracia no siempre estos niños son sometidos a una sola intervención quirúrgica sino a varias con sus consiguientes hospitalizaciones, todos ellos que los hacen ser y sentirse diferentes al resto de los compañeros. Los criterios que se utilizan para diagnosticar la disglosia de un sujeto es la presencia en el mismo de problemas para articular fonemas debido a la malformación orgánica.

5.3.4. FUNCIÓN MORFOGENÉTICA DEL LENGUAJE

Sobre la función morfgenética del lenguaje, Gimero F, dice:

De acuerdo con el sitio de su articulación se clasifican como sigue: Bilabiales: p, m, b; el órgano activo es el labio inferior y el pasivo el labio superior. Labiodentales: f, v: órgano activo, la punta de la lengua, órgano pasivo: borde incisales superiores. Dentales: s, t; órgano activo: la punta de la lengua, órgano pasivo: la cara palatina de los incisivos superiores para la t, la. Alveolares: n, l, t, f; órgano activo: la punta de la lengua; órgano pasivo: el borde alveolar. Palatales: ñ, ch, y, j, u, g: órgano activo: la parte anterior y media del dorso de la lengua; órgano pasivo: el paladar duro. Velares: k, c, en, ca, co, z, x, g: órgano activo: la parte posterior del dorso de la lengua; órgano pasivo: el velo palatino en diferentes puntos. De acuerdo con el modo como las consonantes se articulen, se distinguen en: oclusivas, nasales, fricativas, africadas, laterales y vibrantes ⁶⁷.

⁶⁷ (GIMERO, F.(2008). *Anatomía de la Voz*, España, P 46).

5.3.5. CLASIFICACION DE LAS DISGLOSIAS

5.3.5.1. Disglosias labiales

Castejón J, acerca de las disglosias labiales dice “Son aquellas en las que la dificultad articulatoria que se produce por una alteración en la forma, fuerza o consistencia de los labios”⁶⁸. Entre las causas más frecuentes podemos encontrar: Labio leporino, en la cual el habla del niño estará afectada tanto en la articulación de algunas vocales como la u y la o, como en aquellas consonantes en las que intervengan los labios la b, p, m, el frenillo labial superior hipertrófico como consecuencia de este existirán dificultades para la articulación de los sonidos m, p, b, u, la Fisura del labio inferior, Parálisis facial aquí la articulación de los fonemas p, b, m, o, está afectada, la macrostomía, heridas labiales, Neuralgia del trigémino ya que es el responsable de la sensibilidad de la cara. Cuando hay afectación de este nervio apreciamos un dolor brusco, muy intenso y de corta duración. La rehabilitación miofuncional consiste en praxis de movilidad y fuerza de la zona oro-facial, masajes y movilización pasiva de dicha zona, y en concreto trabajo de la musculatura lingual, velar y labial.

En lo que se refiere las consecuencias de la disglosia labial, Cameron A, dice:

En ocasiones, la falta de tejido o la excesiva tensión del mismo afecten al habla. Los sonidos que presentan una mayor probabilidad de verse afectados son las bilabiales p, b, m. se han referido problemas en el nervio facial que afectan al habla en síndromes como, microsomnia hemifacial y el síndrome de Mebius. Dependiendo de la naturaleza de las anomalías labiales y del nivel de movimiento de los labios puede verse afectado el

⁶⁸ (CASTEJON, J. (2009) *Unas bases psicológica.....* P 146).

cierre y la protrusión labial. El cierre inadecuado de los labios se asocia a veces a sonidos labiales imprecisos p, b, m, mientras que la protrusión de los mismos se relaciona con la distorsión de sonidos como u, o, er ⁶⁹.

5.3.5.2. Disglosias mandibulares

Según Salas⁷⁰, son trastornos en la articulación de los fonemas por una alteración en la forma de uno o de varios maxilares. El origen puede ser congénito, del desarrollo, quirúrgico o traumático. Entre las causas de este tipo de disglosias tenemos, la atresia mandibular debida a una detención en el desarrollo del maxilar inferior de origen congénito o adquirido como consecuencia, se produce una mala oclusión de los maxilares y una posición de los dientes anómala, puede ocurrir que, debido a la desproporción de las dimensiones entre la lengua y la boca, debida a la atresia mandibular, se den alteraciones respiratorias, la Disostosis maxilofacial es una forma particular de malformación mandibular asociada a otras anomalías, Progenie debido a un crecimiento exagerado de la mandíbula inferior, teniendo como consecuencia un mal cierre de los maxilares.

5.3.5.3. Disglosias dentales

Castejón J, dice acerca de las disglosias dentales “La pronunciación se ve afectada por la forma, disposición, exceso o ausencia de los dientes, con gran frecuencia hay la dificultad en la pronunciación de la /s/f/t/d”⁷¹. Las causas son varias, y entre ellas nos encontramos con la herencia familiar,

⁶⁹ (CAMERON, A. (2010) *Manual de odontología pediátrica*. Pág. 407).

⁷⁰ SALAS, M. (2008) *Procesos médicos que afectan al niño en la etapa escolar*, P 145.

⁷¹(CASTEJON, J.(2009) *unas bases psicológicas.....* P 146).

desequilibrios hormonales, alimentación, ortodoncias, prótesis... En estos casos, si se realiza algún tipo de intervención por parte del ortodoncista y del protésico dental, conviene llevar un seguimiento para prevenir posibles alteraciones articulatorias.

En lo referente a la disglosia dental, Palma A, dice:

Los dientes están dispuestos en los alvéolos de cada maxilar formando los arcos dentarios, encontrándose en cada uno de ellos alineados y sin espacios entre las piezas dentarias. La relación con los dientes vecinos se establece a través de los puntos de contacto, que es la relación que E mantienen los dientes con los adyacentes. La relación con los dientes antagonistas se establece cuando los dientes de la arcada superior e inferior hacen contacto en diversas situaciones funcionales como la masticación, deglución fonación y reposo, la oclusión dentaria se produce cuando los arcos dentarios entran en contacto, es cuando se produce el máximo de contacto entre los dientes superiores e inferiores, en la que cada diente de una arcada ocluye con porciones de otros en la arcada opuesta. Una oclusión se considera normal cuando existe una relación de contacto equilibrado que permite llevar a cabo las funciones masticatorias y que contribuye al mantenimiento de la salud del aparato masticador⁷².

5.3.5.4. Disglosias palatales

Según Castejón⁷³, son alteraciones en la articulación de los fonemas debido a malformaciones orgánicas del paladar óseo y del velo del paladar. Las causas desencadenantes de la disglosia palatal son: Fisura palatina, Hendiduras palatinas: que se caracterizan por golpes de glotis en donde la articulación de los fonemas /p/,/t/,/k/,/b/,/d/,/g/ es sustituida por un pequeño ruido con o sin vibración, en función de la sonoridad o sordera del fonema en cuestión, ronquido faríngeo a veces se acompaña de vibraciones laríngeas y reemplaza las consonantes /s/,/c/,/x/,/z/ y en ocasiones /f/ y /r/ ,

⁷² (PALMA, A. (2007) *Técnicas de Ayuda Odontológica y Estomatológica*. P 88).

⁷³ (CASTEJON, J. (2009) *Unas bases psicológicas.....* P 117).

soplo nasal que es el escape de aire por la nariz durante la emisión de las palabras, produciendo una alteración de todos los fonemas, excepto de las nasales, Fisura submucosa del paladar, Paladar ojival: puede favorecer la producción de distorsiones en la articulación de /t/,/d/ y /l/ patología orgánica. Entre otras causas encontramos paladar corto, úvula bífida, velo del paladar largo.

5.3.5.5. Disglosias linguales

Sobre la definición de las disglosias linguales, Castejon J, dice:

El órgano afectado es la lengua. Puede estar alterado el tamaño de la lengua y la movilidad de la misma, ya sea por lesión del nervio hipogloso o por unión entre la cara de interna de la lengua y encía inferior. La lengua es el órgano activo de la articulación de los sonidos, y precisa de una extraordinaria sincronía de sus movimientos durante el habla; por ello, la precisión lingual puede verse alterada debido a un Frenillo corto que el mayor problema que causa es con los sonidos /d/, /l/, /n/, /R/, ya que impide que la lengua pueda elevarse, la Glossectomía es decir, la extirpación total o parcial de la lengua mediante una intervención quirúrgica, Malformaciones congénitas de la lengua, Parálisis uni/bilateral: parálisis del nervio hipogloso que el responsable de la inervación de la lengua con pocas molestias cuando es unilateral y con problemas para hablar y masticar cuando es bilateral por lesión del nervio hipogloso se afectan los fonemas d, t, l, ch, g, k, r ⁷⁴.

5.3.6. Consecuencias generales de las disglosias

Según Sendra⁷⁵, la disglosia puede traer consigo secuelas, tanto de tipo físico, como pueden ser las cicatrices debido a intervenciones o extirpaciones quirúrgicas. Conlleva, igualmente, secuelas de tipo psicológico, ya que aparece cuando el niño está en una etapa muy importante del desarrollo psicológico que puede verse afectado por el

⁷⁴ (CASTEJON, J. (2009) *Unas bases psicológica*..... P 117).

⁷⁵ SENDRA, J. (2010) *Atención y apoyo psicosocial domiciliario*, España: Ideaspropias, P 472.

aislamiento social, exclusión por parte de compañeros en los años de escuela, problemas psicológicos de tipo depresivo, complejos, no tener relación con las demás personas a acusa de no sentirse bien, o sentirse culpable por hablar de forma distinta.

5.3.7. TRATAMIENTO DE LAS DISGLOSIAS

Fernández M, dice “El tratamiento será multidisciplinar porque no solo afecta al lenguaje, casi siempre habrá que mejorar la masticación, deglución, y respiración nasal para que mejore el habla”⁷⁶. Para llevar a cabo el tratamiento de las disglosias es necesario hacer una evaluación lo más completa posible en la que se realice una exploración exhaustiva de los órganos bucofonatorios, lo que nos permitirá llevar a cabo la intervención o tratamiento de adecuado a las características que presente el niño. El tratamiento dependerá del tipo de malformación que presente el niño, pero en la gran mayoría de los casos es necesario entrenar las funciones motoras y neurovegetativas, los órganos fonoarticulatorios y el entrenamiento en la articulación del habla. En el tratamiento de la disglosia una de las técnicas más empleadas es la Terapia Miofuncional.

5.3.7.1. Pasos a seguir para una rehabilitación de una disglosia:

Según Sanchis⁷⁷, Información gradual, el alumno y las familias, deben ser totalmente conscientes del problema y debemos informarles de todos los pasos que se llevaran a cabo durante la rehabilitación, es conveniente que durante las sesiones este delante algún adulto, con el fin de que

⁷⁶ (FERNÁNDEZ, M. (2008), *Las cincuenta principales*..... P, 126).

⁷⁷ (SANCHIS, B (2011), *Guía para la reeducación de la deglución*..... P, 120).

posteriormente estos aprendizajes los pueda generalizar en la vida cotidiana. Presentar los ejercicios a realizar de forma motivante y gradual de menor a mayor dificultad. Realizar unas plantillas con el alumno a modo de horario, revisando diariamente las dificultades con las que se encontró fuera del entorno escolar, para llevarlas a cabo. Realizar una programación individualizada, teniendo en cuenta las características particulares. Involucrar en el tratamiento al adulto responsable del niño/a.

5.3.7.2. Objetivos del tratamiento

Según Amado, I⁷⁸, los objetivos principales del tratamiento son conocer las partes involucradas en el proceso deglutorio. Conseguir una coordinación fono-respiratoria en caso necesario. Producir de forma correcta todos los fonemas tanto desde su modo como desde su punto de articulación. Posicionar la lengua en reposo de manera correcta. Tragar adecuadamente de forma consciente e inconsciente.

5.3.8. TERAPIA MIOFUNCIONAL

Según Sanchis⁷⁹, La Terapia Miofuncional es una disciplina que colabora con la medicina y la odontología, coadyuvando con el odontopediatra, ortodoncista, ortopedista funcional de los maxilares, cirujano, otorrinolaringólogo, y también en la terapia del lenguaje, por lo que se requiere el trabajo en equipo se encarga de prevenir, valorar, diagnosticar y corregir las disfunciones orofaciales que pueden interferir, tanto en la producción del habla, como sobre las estructuras de los dientes y las

⁷⁸<http://soleyma.wordpress.com/trastornos-del-lenguaje-oral-y-escrito/disglosias/tratamiento-disglosias/>

⁷⁹ (SANCHIS, B (2011), *Guía para la reeducación de la P, 16*).

relaciones maxilares. Los objetivos de la terapia miofuncional son: explorar y valorar las alteraciones que pueden aparecer en la musculatura orofacial como en las funciones básicas, que son respiración, masticación y deglución, hacer un diagnóstico miofuncional, definiendo las alteraciones estructurales y funcionales, diseñar un plan de intervención individualizado para cada caso, que consistirá en ejercicios, supresión de hábitos.

5.3.8.1. PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN MIOFUNCIONAL

5.3.8.2. ANAMNESIS

Según Latorre⁸⁰, este método es una revisión de los antecedentes clínico patológicos, antecedentes familiares, personales, y de las características de la enfermedad actual del usuario, los cuales orientan el proceso de evaluación y diagnóstico. Igualmente recopila información relevante acerca del usuario, su familia. Datos más relevantes como el factor hereditario que están presente de los portadores de la deformidad, y la patología que se asocia a factores ambientales. Por estas razones, se investiga la anamnesis, la existencia de malformaciones en la familia, además de la impredecible información sobre la gestación y la salud materna. Si se trata de un niño mayor se investiga el desarrollo del habla y del lenguaje y también la evolución escolar. Cuando el paciente está en tratamiento ortodoncico, debemos recoger datos sobre los tipos de aparatos utilizados. También es necesario contactar con el equipo de cirujanos para conocer los planes sobre futuras intervenciones quirúrgicas.

⁸⁰(LATORRE, A. (2011) *Trastornos y dificultades del desarrollo*. P, 99-100).

En lo referente al procedimiento de la evaluación miofuncional, Restrepo R.

dice:

Para una evaluación adecuada de la comunicación resulta necesario complementar la historia, mediante una valoración completa por fonoaudiología, neuropsicología, audiológica e incluso pedagógica dependiendo de la edad del paciente, fortaleciendo así un enfoque interdisciplinario necesario en la evaluación y tratamiento de los retrasos del habla. En el área médica se requiere la comunicación directa entre: médico general, pediatra, neuropediatra, psiquiatría infantil y otros especialistas a partir de un enfoque que permita diagnosticar de forma temprana y precisa, así como establecer metas conjuntas y reales de tratamiento”⁸¹.

5.3.8.3. EXPLORACIÓN DE ÓRGANOS FONOARTICULATORIOS

5.3.8.3.1. Labios

Cárdenas A, dice “En la exploración de los labios se observa la movilidad, la textura, cicatrices y la forma. Se inspeccionan tanto la superficie cutánea como mucosa, las comisuras, el vestíbulo y los frenillos labiales, tanto superior como inferior”⁸². Verificamos si existe continuidad en el músculo orbicular de la boca, solicitamos al paciente que proyecte los labios hacia delante, como si fuera a dar un beso si se observan en la musculatura del labio superior dos protuberancias al lado de los surcos nasolabiales se demuestra que existe separación muscular.

Sanchis B, dice: “cuando el sellado anterior es incompetente y los labios son hipotónicos y/o cortos, este movimiento adquiere mayor dificultad”⁸³. Los portadores de fisuras suelen ser respiradores bucales y mantienen

⁸¹ RESTREPO, R. (2008) *Rehabilitación en Salud*, Colombia: Universidad de Antioquia, P. 759.

⁸² (CÁRDENAS, A. (2007) *Técnicas de ayuda odontológica y estomatológicas*. P, 86).

⁸³ (SANCHIS, B (2011), *Guía para la reeducación de la P, 68*).

los labios entreabiertos en posición de reposo. La tonicidad labial casi siempre está alterada, con labios hipotónicos o muchas veces inversos.

5.3.8.3.2. Lengua

Iglesias M, dice “Se ha de observar si la lengua presenta forma de macroglosia o microglosia, si hay presión o relación de la lengua contra los dientes, si se la muerde, presencia de fisuras, color de la lengua”⁸⁴. La respiración bucal ocasiona una postura de reposo lingual, la porción lingual posterior resulta más estimulada en pacientes con fisuras que presentan trastornos articulatorios.

Botero dice : “Para medir la movilidad, se le pide al paciente que proyecte la lengua hacia afuera y arriba. Se debe valorar el rango de movimiento de la lengua para determinar si existe frenillo traccionante, que se complementa con la valoración de la fonación”⁸⁵, la configuración de la lengua puede ser estrecha , larga o ancha, se le debe pedir al paciente que abra ampliamente la boca para observar la posición de la lengua en el piso de la boca.

5.3.8.3.3. Paladar duro

Guedes A, dice “El paladar duro, de tonalidad blanquecina, debe presentar forma abovedada, con arrugas transversas, continuándose con el paladar blando, de tonalidad más rosada”⁸⁶, También es frecuente el paladar

⁸⁴ IGLESIAS, M. (2007). *Diagnostico e intervención didáctica del lenguaje escolar*, España: Gesbiblo, P56.

⁸⁵ BOTERO, P.(2007). *Manual Para la Realización de Historia Clínica Odontológica del escolar*, Colombia Medellín: Educc. P 28.

⁸⁶ (GUEDES, A. (2011). *Fundamentos de Odontología*, P. 119).

estrecho o el colapso de las láminas palatinas. En caso de sospecha de fisura submucosa debemos palpar con el dedo la porción final del paladar óseo, en la transición con el paladar blando, para verificar si existe separación ósea posterior, dato indicativo de separación de la musculatura velar.

5.3.8.3.4. Paladar blando

Constatación de la presencia de fístulas, úvula bífida o inexistente, retracción cicatrizal, velo corto. Observación de la movilidad: el paciente con la boca abierta debe emitir una /a/ prolongada mientras el terapeuta observa la elevación del velo y la movilidad de las paredes laterales de la faringe, Eslava J, dice “para estudiar la movilidad del paladar blando se pide al paciente que diga “aah” al tiempo que sea necesario, se deprime la lengua. Cuando el paciente vocaliza observe la elevación simétrica del paladar blando, mientras la úvula permanece en la línea media”⁸⁷, el buen funcionamiento del paladar blando es indispensable para la dicción y deglución.

5.3.8.4. FUNCIONES ESTOMATÓGNATICAS

5.3.8.4.1. Succión

Según Silva, D⁸⁸. En los neonatos prematuros la valoración del reflejo de succión permite determinar la maduración neurológica. En los niños que nacen con fisuras labiopalatinas, sin otros trastornos neurológicos, el reflejo de succión está presente al igual que en los demás niños normales. La

⁸⁷ ESLAVA, J. (2007) *Semiología quirúrgica*, Colombia: universidad nacional de Colombia. P 117.

⁸⁸ <http://terapiamiofuncional-procedimientos.blogspot>

conservación de esta función es muy importante para el posterior desarrollo de las demás funciones orales.

5.3.8.4.2. Respiración

Según Iglesia⁸⁹, Se debe de determinar si es oral, nasal o combinada. Se evalúa colocando el espejo debajo de cada narina y pidiéndole al paciente que expire. También puede realizarse tapando suavemente la boca del paciente y observar durante cinco minutos o dándole un trozo de papel para sostener entre los labios durante algunos minutos. La evaluación debe tratar de hacerse sin modificar la conducta natural del paciente. Es importante tener en cuenta que en niños la respiración es diafragmática y en adulto es abdominal. En algunos casos observamos obstrucción nasal y voz hiponasal debidas a desviación del tabique, adenoides muy desarrollado u otras alteraciones de las vías aéreas superiores. Ejemplos de palabras y frases para repetir usando el espejo: Fonemas: /i/, /u/, /s/, /k/, /m/, /n/, /ñ/.

5.3.8.4.3. Deglución

Según Okeson⁹⁰, se debe evaluar si la deglución del paciente es normal o alterada. Se le puede pedir al paciente que trague saliva para observarlo, una técnica muy sencilla de la deglución en líquidos es pidiéndole al niño que tome un pequeño sorbo y no lo trague hasta que se le indique. El logopeda coloca suavemente el dedo pulgar en los labios del niño y le pide

⁸⁹ (IGLESIAS, M. (2007). *Diagnostico e intervención.....* P57).

⁹⁰ OKESON, P. (2008) *Tratamiento de oclusión y Afecciones temporomandibulares*, España: Elsevier, P 44.

que trague el agua Justo en el momento que la laringe asciende separa los labios rompiendo el sellado labial.

5.3.8.4.4. Masticación

Para evaluar la masticación, se le da al paciente algo para masticar como un trozo de cera rosada y se le indica que lo mastique. Se observa si la masticación es unilateral derecha o izquierda o si es bilateral. Ruiz R, dice “La mayoría de los niños que no mastican tienen dificultades para lograr un desarrollo fonológico acorde a su edad cronológica Mediante una estimulación temprana podemos conseguir logros en las habilidades relacionadas con la masticación”⁹¹. La masticación puede ser temporal o maseterina, cada una tiene características diferentes debido a la función muscular.

5.3.8.4.5. Fonación

Se debe de describir si la fonación es normal o presenta cierta alteración que podría estar asociada a algún tipo de mal oclusión. La forma de evaluarla es pidiéndole al paciente que repita algunas palabras o frases. Se le puede pedir al paciente que cuente de 1 a 10 y observarlo detenidamente para ver la posición que asume la lengua. Las consonantes pueden clasificarse según el modo de articular y el modo como sale el aire al pronunciar. Dentro de esta clasificación están las consonantes fricativas f, v, s, z, sh, h, las oclusivas p, b, t, d, k, g, las africadas ch, las nasales m, n, ñ, las laterales l ,ll y las vibrantes r, rr. Según el punto de articulación de la lengua al pronunciar las consonantes, éstas pueden clasificarse en:

⁹¹ RUIZ, R (2009) *Síndrome de Down y Logopedia*, España: Publidisa.P. 127

bilabiales m, p, b, labiodentales f, dentales t, d, alveolares, s, n, r, rr, l, palatales ch, ll, ñ y velares k, g, j. Botero P, dice “Los problemas en la articulación de las palabras pueden ser: omisión, sustitución, inserción y distorsión”⁹².

5.3.9. EJERCICIOS BUCOFONATORIOS

El objetivo fundamental es mejorar la articulación, permitiendo así que la pronunciación y el aprendizaje del lenguaje oral se efectúen de manera más precisa y con mayor facilidad. Iglesias M, dice “Son ejercicios esenciales para movilizar determinadas zonas de los órganos fonadores”⁹³, se trata de ejercicios muy sencillos que se realizan con la boca, la lengua, la mandíbula, para la estimulación del lenguaje. También para favorecer la movilidad, fuerza, precisión y sensibilidad de los órganos bucofonatorios.

5.3.9.1. Ejercicios de praxis labiales

Según Iglesias⁹⁴, sugiere una serie de ejercicios para mejorar la motricidad de los labios como: apretar y cerrar los labios, sonreír sin abrir la boca, sonreír con la boca abierta, sonreír y producir las vocales /i/, /a/, sostener el bolígrafo, lápiz, pajita, con el labio superior a modo de bigote, realizar “besos de anciano”, hundiendo las mejillas, proyectar los labios hacia la derecha y hacia la izquierda, abrir y cerrar la boca como si se bostezara.

⁹² (BOTERO, P.(2007). *Manual Para la Realización*..... P 26).

⁹³ (IGLESIAS, M. (2007). *Diagnostico e intervención*.....P124).

⁹⁴ (IGLESIAS, M. (2007). *Diagnostico e intervenció*..... P124).

5.3.9.2. Ejercicios de praxis linguales

Según Sanchis⁹⁵, se debe de sacar y meter lengua de la boca a distintos ritmos, tocar los labios con la lengua mediante movimientos verticales, acartuchar la lengua doblando los laterales de la misma, movimientos giratorios de la lengua en el inferior de la boca, vibrar la lengua entre los labios, barrer el paladar con el ápice de la lengua, doblar la lengua en sentido horizontal, formando un canal con la misma éntrelos labios, realizar movimientos de la lengua alrededor de los labios, realizar el trote del caballo, poner la lengua ancha tocando ambas comisuras.

5.3.9.3. Ejercicios del frenillo lingual

Según sanchis⁹⁶, para mejorar su movilidad se debe de chascar la lengua, sacar la lengua sin ningún apoyo, sacar y morder la punta de la lengua, sacar la punta de la lengua y soplar, Intentar tocarse la punta de la nariz con la lengua, Intentar tocarse la barbilla con la punta de la nariz, limpiarse los dientes superiores e inferiores con la lengua, con la punta de la lengua empujar alternativamente las dos mejillas, mover la lengua de derecha a izquierda, tocando las comisuras.

5.3.9.4. Ejercicios de mejillas y mandíbula

Según Schneider⁹⁷, se debe inflar y desinflar las mejillas con aire, inflar alternativamente una y otra mejilla con aire, aspirar ambas mejillas, abrir y cerrar la boca a diferentes velocidades, mover la mandíbula inferior de un

⁹⁵ (SANCHIS, B (2011), *Guía para la reeducación.....* P, 121).

⁹⁶ (SANCHIS, B (2011), *Guía para la reeducación.....* P, 121).

⁹⁷ SCHNEIDER, M. (2007) *Recuperando la salud*, México: Pax México, P 102.

lado a otro, articular fuerte y exageradamente pa-ta-ca-da, imitar mucha gente hablando a la vez: bla-bla-bla, articular exageradamente pero sin sonido, masticar chicle.

5.3.9.5. Ejercicios de respiración y soplo

Cortázar M, dice “Se inicia los ejercicios de respiración con una espiración, empujando con los músculos abdominales hacia abajo, tomar aire de forma muy lenta”⁹⁸, un ejercicio bueno es oler objetos: chicles, chocolate, flores, un ambientador, comida. Se le puede decir al niño que levante las manos cogiendo aire, y después que descanse un poco los brazos. Poner un libro encima de su barriga y mirar cómo sube y cómo baja. Observar que cierra bien la boca, sino pueden hacer la inspiración con la boca abierta. Hay que controlar siempre que en todos estos ejercicios tengan la boca cerrada. Se puede utilizar una vela, en diferentes posiciones, más cerca o más lejos, pero procurando que el niño no la apague rápido, sino que inspire y expire sin apagarla. Imaginar que la barriga es un globo que se infla y desinfla, soplar y aspirar por la boca, haciendo sobresalir el labio inferior que sople hacia arriba, de forma que levante el pelo del flequillo, pegarle en la frente, mediante papel adhesivo, una tira que le llegue a la altura de la boca, pidiéndole que la levante mediante el soplo y la mantenga así unos segundos.

⁹⁸ CORTÁZAR, M, (2007) *Voz en la docencia*, Barcelona: Graó, P 74.

3.5.10. PAUTAS A LAS FAMILIAS

Según Castejón⁹⁹, practicar en casa a diario, en sesiones cortas, apoyos visuales cambiantes. Los padres, familiares o tutores deben aceptar y entender el lenguaje de sus niños: escuchando atentamente, evitando las correcciones directas, y más bien amplificando su lenguaje en todos sus aspectos. Potenciar la autoestima del niño felicitándolo en sus logros y reforzando el hecho de que es dueño de fortalezas. Realizar praxis o ejercicios bucofonatorios frente a un espejo, por ejemplo sacar la lengua, inflar mejillas, inflar globos, masticar chicle (un momento), principalmente en dificultades articulatorias. La mayor parte del tiempo el niño pasa con sus padres, en el entorno familiar, es por esto que los padres pueden ayudar a estimular su expresión oral. Todos los días deben elegir un momento apropiado para la práctica y estímulo del habla. Los niños aprenden mucho por imitación. Por ello, cuando hable con su hijo, hágalo despacio, pronunciando correctamente, sin darle gritos. Nunca se le debe ignorar cuando quiera hablar, ni reforzar la expresión defectuosa que en un principio puede parecer.

Suarez C, dice “En casos de lesiones congénitas, como las fisuras palatinas, el labio leporino, macroglosia o microglosia, se debe orientar a los padres, sobre el proceso de alimentación del bebe”¹⁰⁰. Como el uso de tetinas ortodoncias y su posicionamiento correcto en la cavidad bucal, es importante recordarles que los chupetes tetinas y biberones deben ser higienizados adecuadamente.

⁹⁹(CASTEJÓN, J.(2009) *Unas bases psicológicas de la educación especial*, P 155).

¹⁰⁰(SUAREZ, C. (2007). *Tratado de Otorrinolaringología.....* P 327).

CAPÍTULO VI

6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

6.1. MÉTODOS

6.1.1. Modalidad básica de la investigación

Bibliográfica

Es bibliográfica porque para su elaboración fue necesaria la recopilación de información de distintos medios, como textos y páginas web.

Campo

Es de campo porque la investigación se llevó a cabo directamente en los niños del Instituto de Educación Especial María Buitrón de Zumárraga.

6.1.2. Niveles o tipo de investigación

Exploratoria

Esta investigación permitió indagar y explorar el problema presentado en los niños que presentan malformaciones bucodentales

Descriptiva

Porque en este estudio se describe los trastornos del habla provocados por las malformaciones bucales.

Analítica

Se obtuvo un análisis íntegro sobre los trastornos del habla debido a malformaciones de boca y dientes.

Sintética

Toda la investigación recopilada, la cual midió el alcance de los objetivos, fue sintetizada mediante conclusiones al final de la investigación.

Propositiva

Al final de la investigación se diseñó una alternativa de solución al problema.

6.2. Técnicas

Encuestas

Dirigida a los padres de los niños atendidos en El Instituto de Educación Especial María Buitrón de Zumárraga.

Observación

De los tipos de Malformaciones Bucodentales que presentan los niños atendidos en el Instituto de Educación Especial María Buitrón de Zumárraga.

6.3. Instrumentos

Fichas de observación

Formulario de encuestas

6.4. Recursos

6.4.1. Talento humano

Investigadora

Tutor de tesis

Niños del Instituto de Educación Especial María Buitrón de Zumárraga

Padres de los niños del Instituto de Educación Especial María Buitrón de Zumárraga

6.4.2. Tecnológicos

Computadora

Cámara fotográfica

Impresora

Copiadora

Pen drive

6.4.3. Materiales

Materiales de papelería

Fotocopias

Papel

Texto o libros

Fotografías

Tinta

Encuadernación

Instrumental de diagnóstico odontológico

Guantes

Mascarillas

6.4.4. Económicos

Esta investigación tendrá un costo aproximado de \$ 1.301.05

6.5. Población y muestra

6.5.1. Población

Para el análisis de la investigación se trabajó con el universo constituido por los niños del instituto de educación especial María Buitrón de Zumárraga, que corresponden a 200 niños.

6.5.2. Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra obtenida fue 132 niños que acuden al Instituto de Educación Especial María Buitrón de Zumárraga.

6.5.3 Tipo de muestreo

Según el problema y los objetivos formados, el estudio es de tipo:

Muestreo aleatorio.

6.6. Presupuesto

1.301,05

6.7. Proceso de recolección de la información

La recopilación de la información primaria se obtuvo a través de la observación hecha a los pacientes con malformaciones bucales; y encuestas dirigidas a los padres de familia de dichos pacientes.

La información secundaria se obtuvo mediante la recopilación de datos investigados a través de internet, textos, revistas, libros y otros.

6.8. Procesamiento de la información

La información bibliográfica se procesará mediante el software Microsoft Word 2010 y la información estadística en el software Excel del mismo paquete utilitario de Microsoft. El cronograma se realizará mediante el programa informático Project.

CAPÍTULO VII

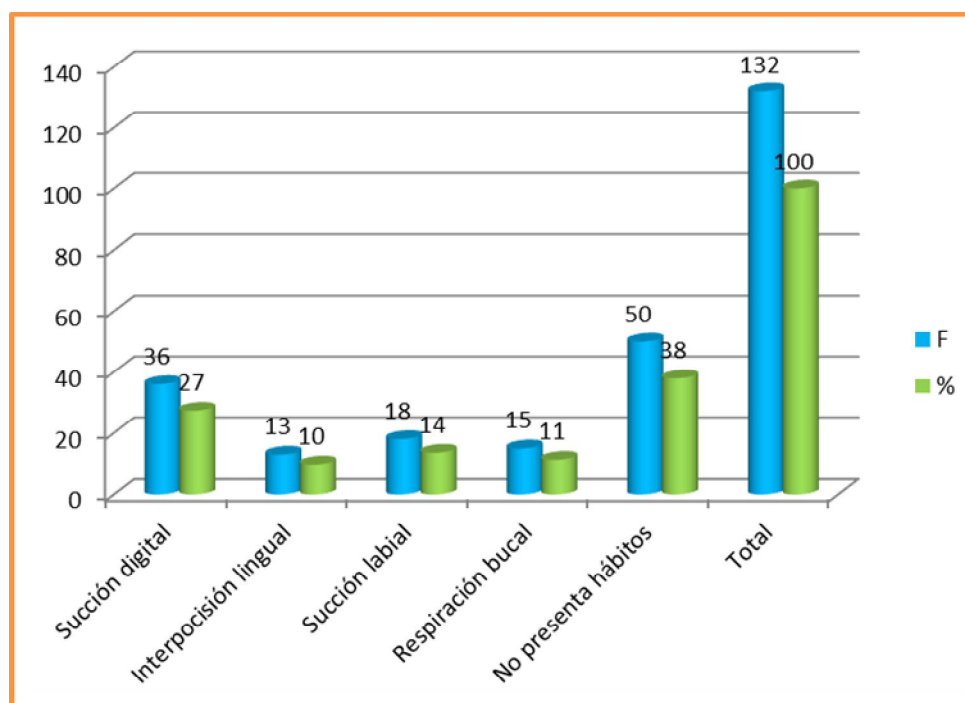
7. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

7.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS ENCUESTAS

GRAFICUADRO N.- 1

¿PRESENTA EL NIÑO ALGÚN TIPO DE HÁBITO BUCAL? (O.E.4)

ALTERNATIVA	F	%
Succión digital	36	27
Interposición lingual	13	10
Succión labial	18	14
Respiración bucal	15	11
No presenta hábitos	50	38
Total	132	100



FUENTE: Encuestas realizadas a los padres de los niños del instituto de educación especial María Buitrón de Zumárraga.
ELABORADO POR: María Estrella Chávez Mera.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las encuestas realizada a los padres de los niños del Instituto de Educación Especial María Buitrón de Zumárraga, se pudo determinar que 36 niños presentan el hábito de succión digital lo que corresponde a un 27%, 13 niños presentaron interposición lingual en un 10%, 18 con succión labial en un 14 %, 15 niños con respiración bucal en un 11 % y 50 de los niños no presentaron ningún tipo de hábito bucal lo que corresponde a un 38%.

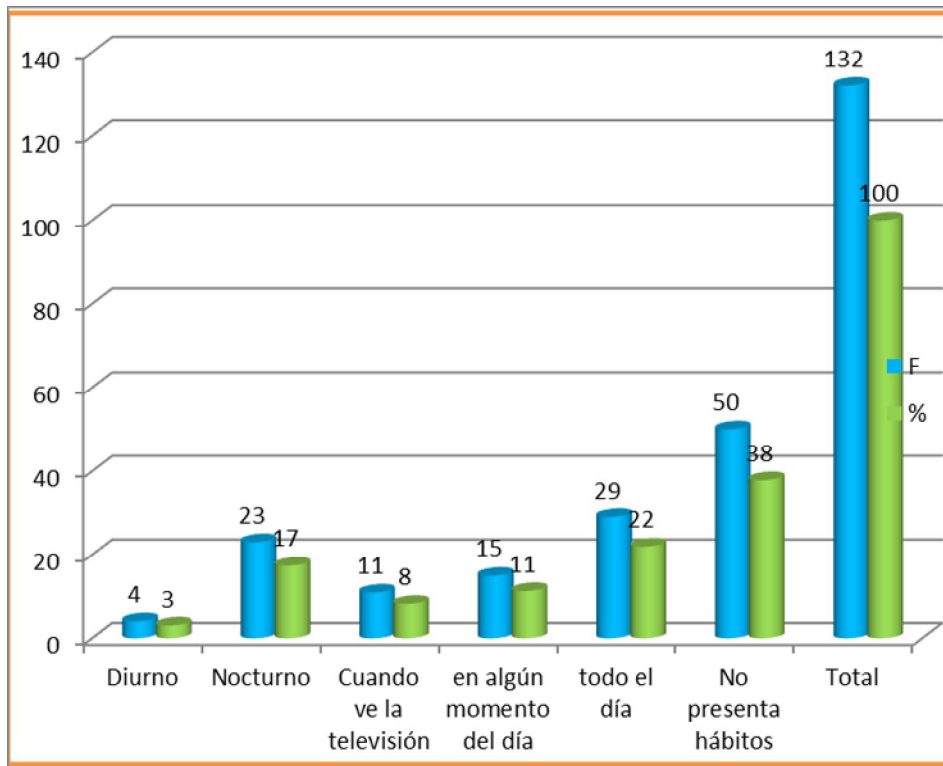
BARDONI, N (2010). *Odontología Pediátrica*, Buenos Aires Argentina: Panamericana. P,662. referente a las consecuencias de la succión digital dice “son la deformación de los dedos, algunos estudios han demostrado que la succión digital prolongada produce, deformidades en los dedos, que si se mantiene por mucho tiempo solo puede ser corregido quirúrgicamente” pág. 19.

En las encuestas realizadas se pudo observar que 36 niños presentan el habito se succión digital, teniendo en cuenta que 50 de los niños no presentan ningún tipo de hábito bucal.

GRAFICUADRO N.-2

¿EN QUÉ MOMENTO DEL DÍA EL NIÑO DESARROLLA EL HÁBITO?
(O.E.4)

ALTERNATIVA	F	%
Diurno	4	3
Nocturno	23	17
Cuando ve la televisión	11	8
en algún momento del día	15	11
todo el día	29	22
No presenta hábitos	50	38
Total	132	100



FUENTE: Encuestas realizadas a los padres de los niños del instituto de educación especial María Buitrón de Zumárraga.
ELABORADO POR: María Estrella Chávez Mera.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El momento en que los niños del instituto de educación especial María Buitrón de Zumárraga desarrollan el hábito es 4 en jornada diurna que corresponde a un 3% y 23 que lo hacen en la noche lo que corresponde a un 17%, 11 niños en momento que ven la televisión que corresponden a un 8%, 15 niños que lo hacen en algún momento del día a un 11% y 29 niños desarrollan el hábito todo el día para un 22%, además la encuesta arrojó un dato de 50 niños que no presentan hábitos lo que corresponden a un 38% del total de los casos.

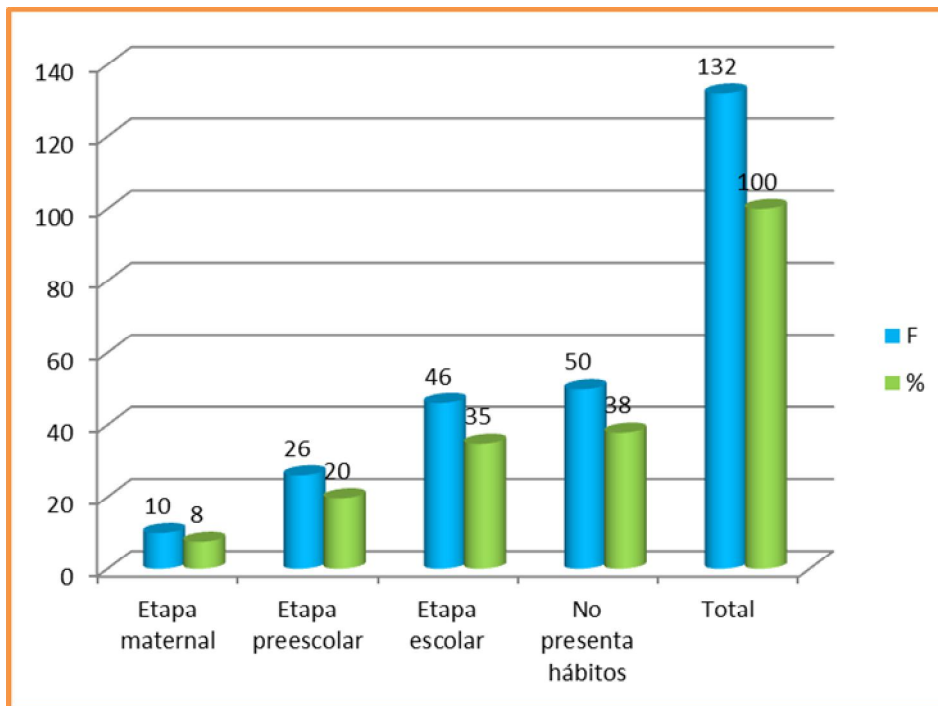
Según BARDONI, N. (2010) Odontología Pediátrica, Buenos Aires argentina: Panamericana. P 662. "La frecuencia e intensidad del hábito son crónico cuando se produce en dos lugares casa, escuela o guardería y durante el día y la noche."^{pág. 19}

Según en las encuestas realizadas se pudo determinar que los niños del instituto de educación especial María Buitrón de Zumárraga desarrollan el hábito con mayor frecuencia en todo el día, lo que nos indica que el hábito es crónico.

GRAFICUADRO N.- 3

¿ETAPA DE LA DURACIÓN DEL HÁBITO? (O.E.4)

ALTERNATIVA	F	%
Etapa maternal	10	8
Etapa preescolar	26	20
Etapa escolar	46	35
No presenta hábitos	50	38
Total	132	100



FUENTE: Encuestas realizadas a los padres de los niños del instituto de educación especial María Buitrón de Zumárraga.
ELABORADO POR: María Estrella Chávez Mera.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

La duración del hábito de los niños del instituto corresponde 10 pacientes en etapa maternal que comprenden a un 8%, 26 en etapa preescolar en un 20%, 46 en etapa escolar en un 35% y 50 los que no presentan hábitos en un 38%.

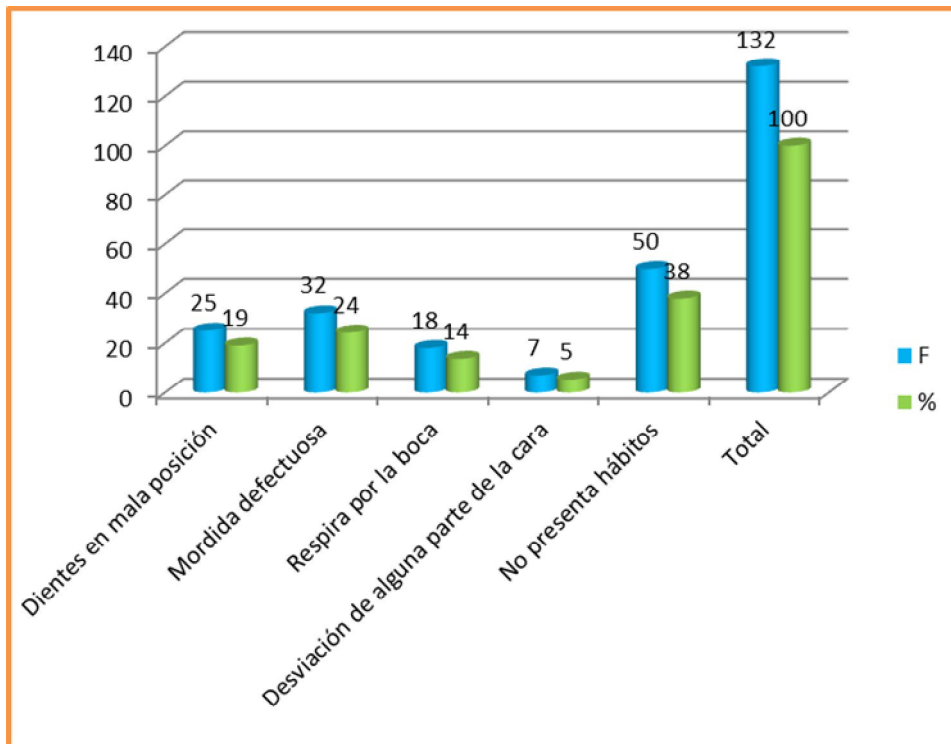
Según GARCIA, A. (2007). No quiero lavarme los dientes. Barcelona España: Ceac, P. 127 "Lo ideal es que el hábito este erradicado en el momento de la erupción de los incisivos permanentes, los defectos de habito dependerán de la duración, frecuencia e intensidad, numero de dientes implicados y de la posición con que estos se introducen en la boca."^{pág.10}

Según los resultados de la encuesta se pudo verificar que la mayor parte de los niños mantienen el hábito en la etapa escolar, el cual no se elimina fácilmente y en muchos casos persiste en la dentición definitiva al establecimiento permanente de maloclusión.

GRAFICUADRO N.-4

¿COMO HAN REPERCUTIDO LOS HÁBITOS EN EL NIÑO? (O.E.4)

ALTERNATIVA	F	%
Dientes en mala posición	25	19
Mordida defectuosa	32	24
Respira por la boca	18	14
Desviación de alguna parte de la cara	7	5
No presenta hábitos	50	38
Total	132	100



FUENTE: Encuestas realizadas a los padres de los niños del instituto de educación especial María Buitrón de Zumárraga.

ELABORADO POR: María Estrella Chávez Mera.

ANÀLISIS E INTERPRETACIÒN

Los hábitos han repercutido de manera que han ocasionado dientes en mala posición en 25 niños que corresponden a un 19%, en 32 niños mordida defectuosa en un 24%, 18 niños que respiran por la boca en un 14%, en 7 niños han ocasionado desviación de alguna parte de la cara en un 5%, y 50 los que no presentaron ningún tipo de hábitos que corresponde a un 38%.

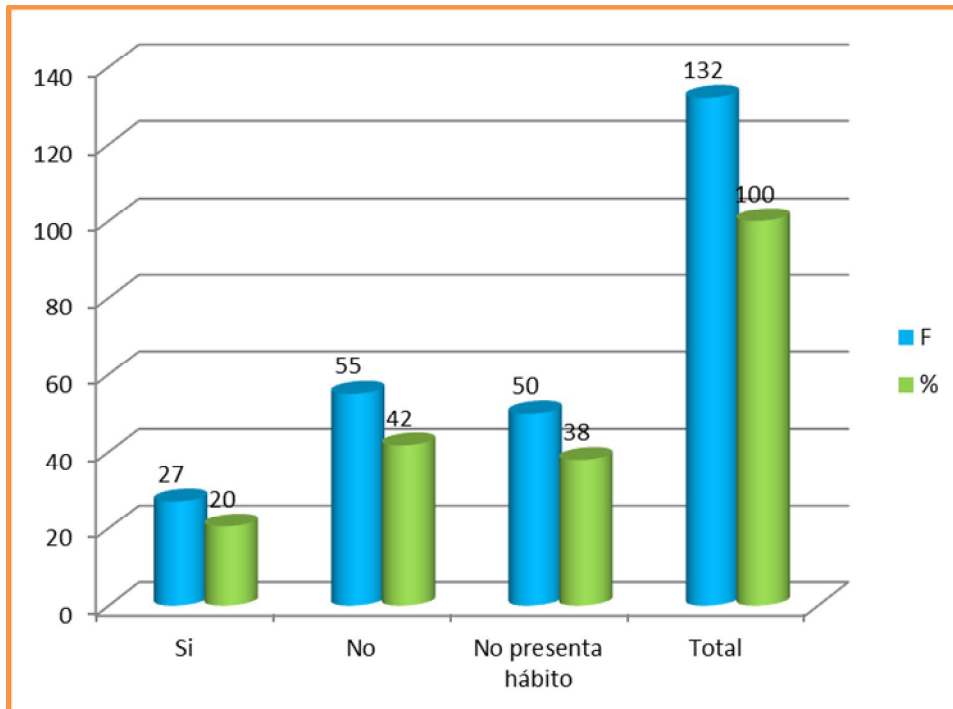
Según, PALMA, A. (2007). Técnicas de Ayuda odontológica y Estomatológica. Madrid España. Montytexto, P.301 “Los hábitos a considerar y algunas de las maloclusiones que se producen son: la succión del dedo lleva a una mordida abierta, la succión del labio provoca un aumento del resalte, la succión de la lengua, la respiración oral, succión de chupete a mordida abierta anterior y protusión de incisivos superiores.”
pág. 11.

Según las encuestas realizadas se ha podido determinar que la prolongación de los hábitos pueden provocar y agravar las malformaciones bucales, siendo la más frecuentes en los niños del Instituto de Educación Especial María Buitrón de Zumárraga la mordida defectuosa.

GRAFICUADRO N.- 5

¿EL NIÑO HA UTILIZADO ALGÚN TIPO DE APARATOLOGÍA PARA CORREGIR EL HÁBITO? (O.E.4)

ALTERNATIVA	F	%
Si	27	20
No	55	42
No presenta hábito	50	38
Total	132	100



FUENTE: Encuestas realizadas a los padres de los niños del instituto de educación especial María Buitrón de Zumárraga.
ELABORADO POR: María Estrella Chávez Mera.

ANÀLISIS E INTERPRETACIÒN

Al preguntar a los padres de los niños del instituto sobre si se les había realizado algún tipo de aparatología para corregir el habito, 27 niños si habían realizado lo que corresponden a un 20%, y 55 no habían realizado tratamiento en un 42%, y 50 niños no presentan hábitos lo que corresponde a un 38%.

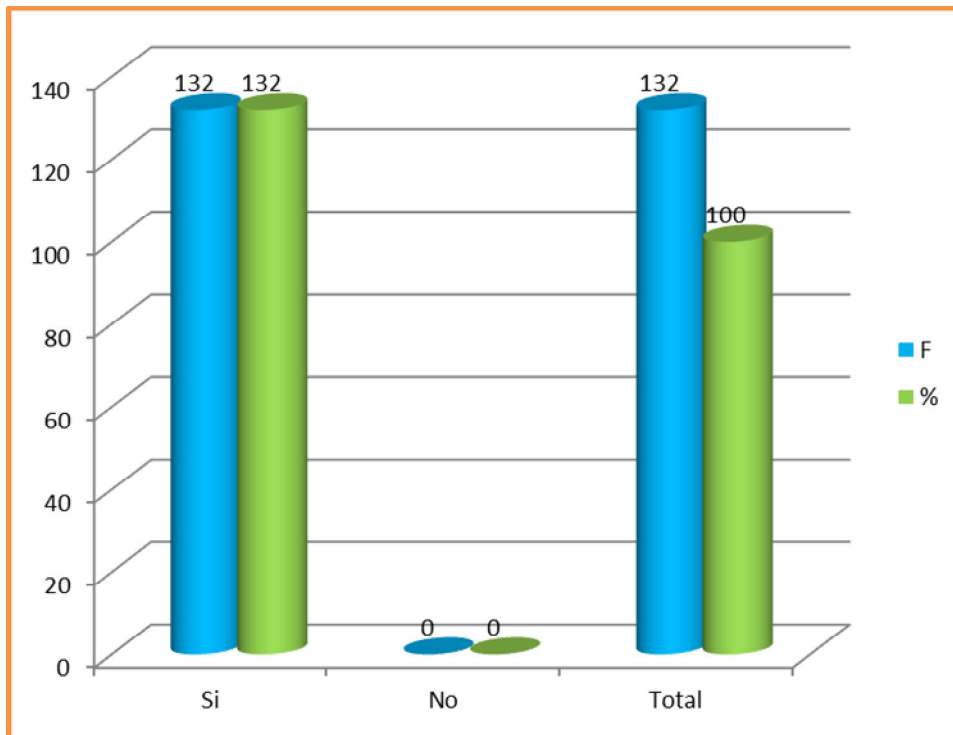
Según, JIMENEZ, A. (2007). Odontopédiatria en atención primaria, Madrid España: vértice, P. 392. "La aparatología empleada no debe ser punitiva y debe ser versátil para permitir varias funciones simultáneamente. La prescripción de aparatos, ha de ser diseñado para un paciente informado y colaborador. El diseño del aparato tiene como objetivo romper la cadena de asociaciones con la graficación táctil de la succión del dedo, en contacto con el paladar. El aparato puede ser fijo o removible. La rejilla cumple doble función de bloquear la succión digital y restringir la interposición lingual, por otra parte, el asa anterior puede servir para reducir la inclinación de los incisivos. Los dispositivos fijos tienen la ventaja de que el niño no los pierda y son muy efectivos, ya que los lleva puestos todo el día. Los removibles están indicados en casos de problemas emocionales, en este caso actuará solamente como un recordatorio para el habito y a la vez ira corrigiendo algunos problemas de oclusión".^{pág. 20}

La mayoría de los niños del instituto no han recibido tratamiento para la corrección de malos hábitos orales.

GRAFICUADRO N.-6

¿HA RECIBIDO EL NIÑO ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO PARA LA CORRECCIÓN DE LOS RETRASOS DEL HABLA POR MALFORMACIONES BUCODENTALES? (O.E.1)

ALTERNATIVAS	F	%
Si	132	132
No	0	0
Total	132	100



FUENTE: Encuestas realizadas a los padres de los niños del instituto de educación especial María Buitrón de Zumárraga.
ELABORADO POR: María Estrella Chávez Mera.

ANÀLISIS E INTERPRETACIÒN

Todos los niños del Instituto de Educación especial María Buitrón de Zumárraga reciben tratamientos para la estimulación del habla lo que corresponde a 132 niños en un 100%.

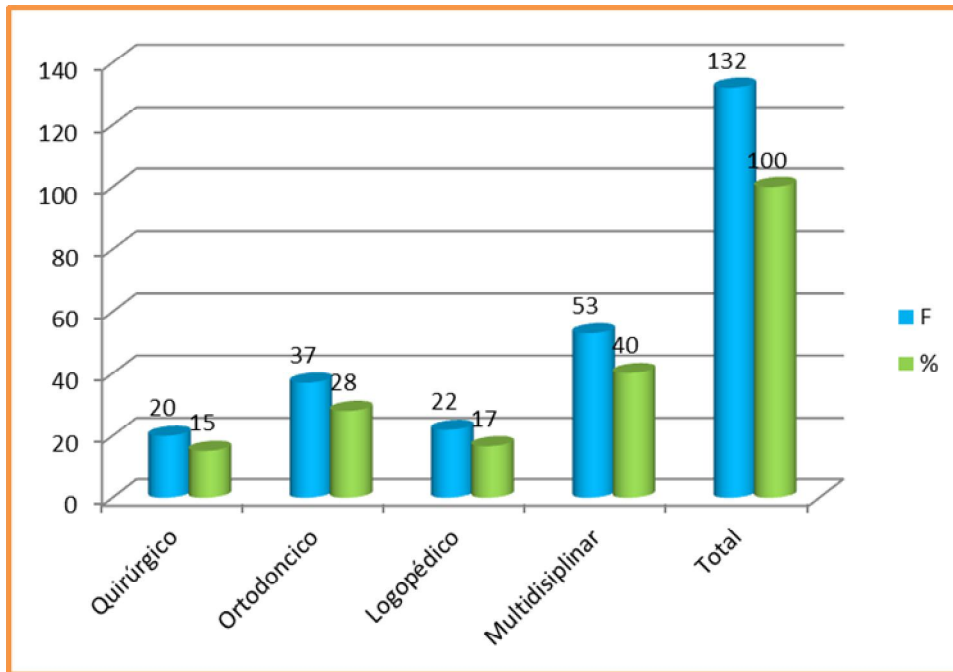
Según RESTREPO, R. (2008) Rehabilitación en Salud, Colombia: Universidad de Antioquia, P.759. "Para una evaluación adecuada de la comunicación resulta necesario complementar la historia, mediante una valoración completa por fonoaudiología, neuropsicología, audiolgía e incluso pedagógica dependiendo de la edad del paciente, fortaleciendo así un enfoque interdisciplinario necesario en la evaluación y tratamiento de los retrasos del habla. En el área médica se requiere la comunicación directa entre: médico general, pediatra, neuropediatra, psiquiatría infantil y otros especialistas a partir de un enfoque que permita diagnosticar de forma temprana y precisa, así como establecer metas conjuntas y reales de tratamiento". ^{pág. 51}

Según la encuesta realizada todos los alumnos de instituto reciben tratamientos para la corrección de los retrasos del habla.

GRAFICUADRO N.- 7

¿TIPO DE TRATAMIENTO RECIBIDO? (O.E.1)

ALTERNATIVAS	F	%
Quirúrgico	20	15
Ortodoncico	37	28
Logopédico	22	17
Multidisciplinar	53	40
Total	132	100



FUENTE: Encuestas realizadas a los padres de los niños del instituto de educación especial María Buitrón de Zumárraga.

ELABORADO POR: María Estrella Chávez Mera.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

En las encuestas realizadas a los padres se pudo determinar que 20 de los niños recibieron tratamiento quirúrgico que corresponden a un 15%, 37 reciben tratamiento ortodoncico en un 28%, 22 reciben tratamiento logopédico en un 17% y 53 los que reciben tratamiento multidisciplinar que corresponden a un 40%.

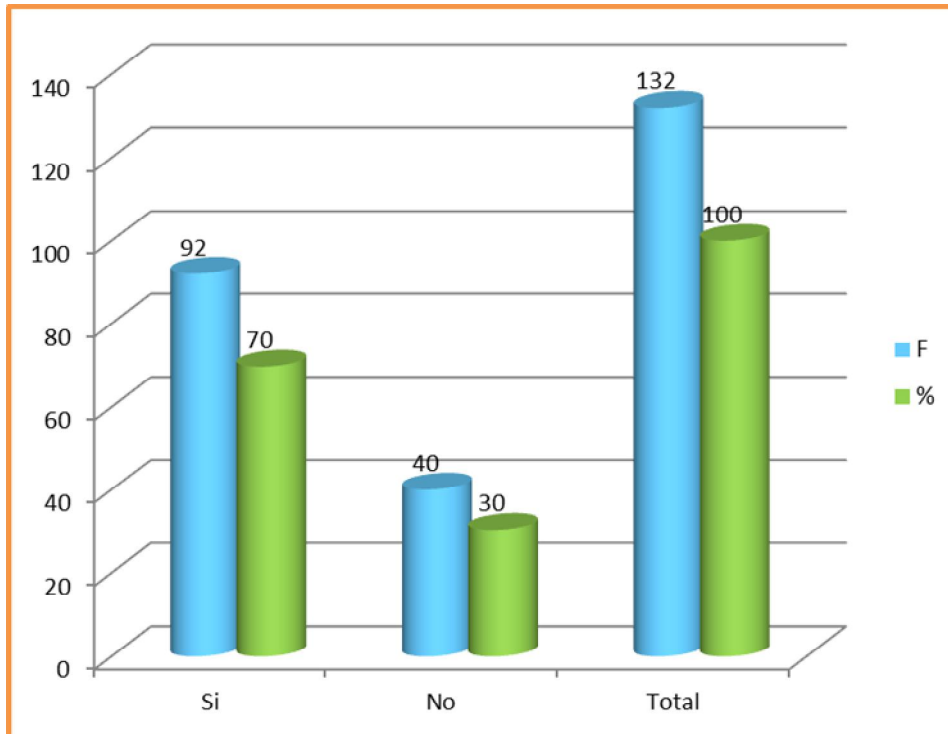
Según GIMERO, F.(2008). Anatomía de la Voz, España: Paidotribo," Después que el cirujano maxilofacial restablece las estructuras anatómicas afectadas, el logopéda explora, valora y determina la conducta a seguir con el paciente indicándole ejercicios funcionales con el objetivo de tratar de lograr la corrección y habilitación fisiológica del habla y la voz, una vez determinado el tratamiento a seguir." ^{pág 40}

Mediante las encuestas se pudo determinar que la mayoría de los niños del instituto de educación especial María Buitrón de Zumárraga reciben tratamiento multidisciplinar ya que no solo se ve afectado el lenguaje si no la masticación, la deglución, por lo que se requiere trabajar en equipo para lograr mejores resultados.

GRAFICUADRO N.-8

¿CON EL TRATAMIENTO RECIBIDO MEJORÓ LA PRODUCCIÓN DEL
HABLA? (O.E.1)

ALTERNATIVAS	F	%
Si	92	70
No	40	30
Total	132	100



FUENTE: Encuestas realizadas a los padres de los niños del instituto de educación especial María Buitrón de Zumárraga.
ELABORADO POR: María Estrella Chávez Mera.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según las encuestas se puede determinar que a 92 de los niños, el tratamiento recibido mejoró la producción del habla que corresponde a un 70%, mientras que a 40 de los niños no hubo ninguna mejoría que corresponden a un 30%.

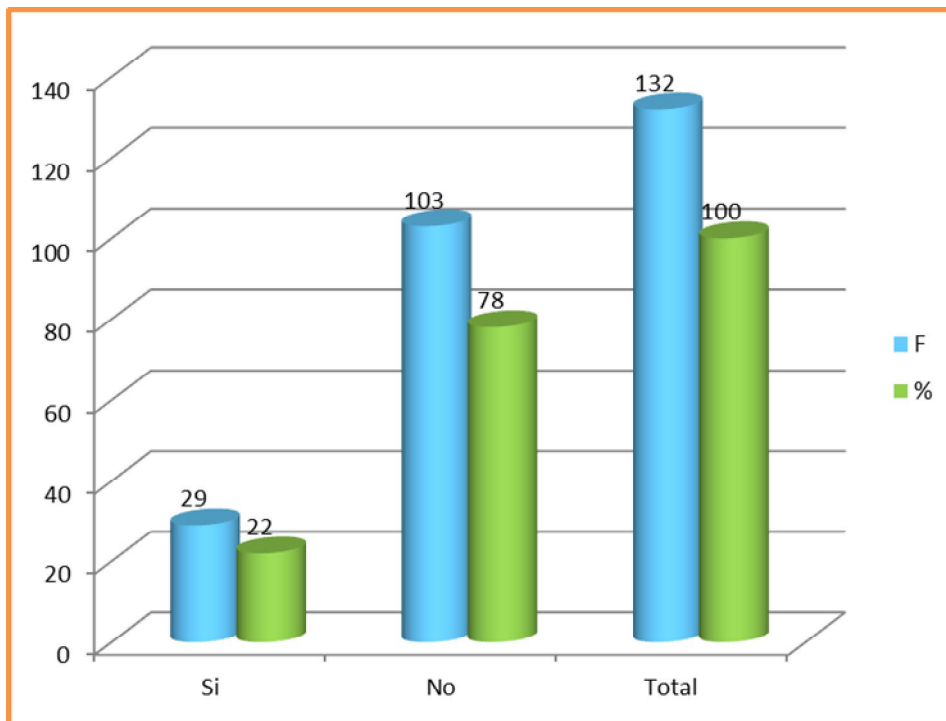
Según JIMENEZ, M. (2009) Expresión y Comunicación, España: Editex, P.27. "La intervención logopédica puede ayudar a conseguir mayor control bucofacial y a mejorar la calidad del habla." pág. 40

La mayoría de los niños del instituto de educación especial María Buitrón de Zumárraga mejoraron la producción del habla, mediante ejercicios bucofonatorios.

GRAFICUADRO N.- 9

¿EXISTE EN LAS FAMILIAS ANTECEDENTES DE MALFORMACIONES
DE CARA O BOCA? (O.E.4)

ALTERNATIVAS	F	%
Si	29	22
No	103	78
Total	132	100



FUENTE: Encuestas realizadas a los padres de los niños del instituto de educación especial María Buitrón de Zumárraga.
ELABORADO POR: María Estrella Chávez Mera.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Al preguntarle a los padres si existen antecedentes de malformaciones de cara o boca en la familia del niño en 29 si existen antecedentes de malformaciones que corresponde a un 22% mientras que en 103 niños no existen antecedentes de malformaciones de cara o boca que corresponde a un 78%.

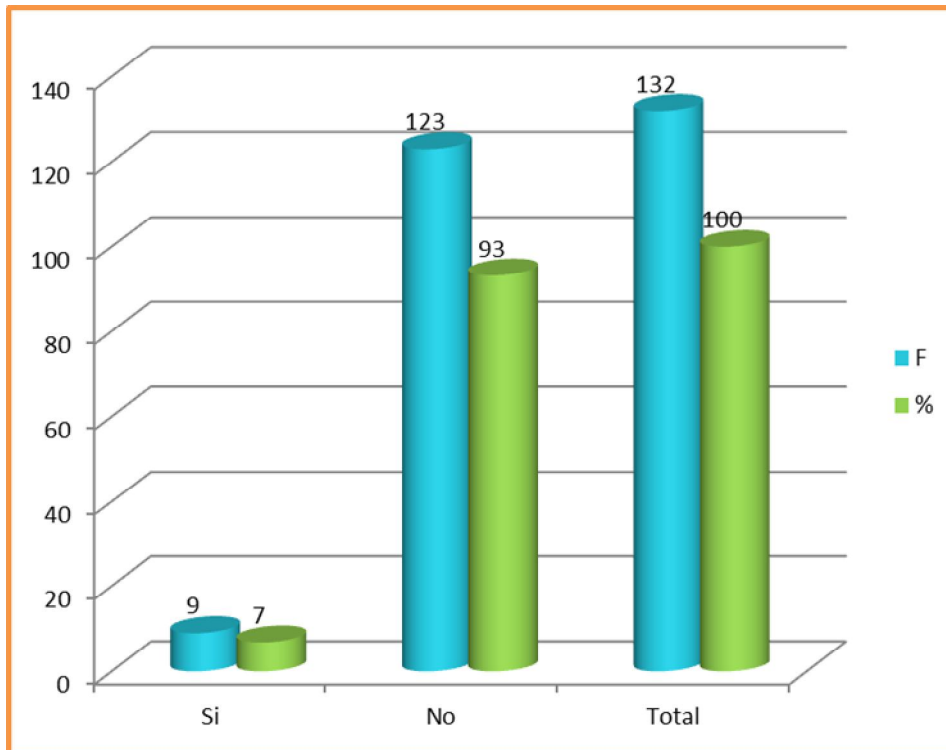
Según, VELAYOS, J, (2007). Anatomía de la cabeza para odontólogos. Madrid España: panamericana P, 11. "En la fisura labial y palatina existe un factor hereditario multifactorial o poligénico con tendencia familiar en un 90% de los casos". pág. 37

En las encuestas realizadas se pudo observar que en la mayoría de las familias de los niños no existen malformaciones de la cara o de la boca.

GRAFICUADRO N.- 10

EXISTE ALGUN PARENTESCO FAMILIAR ENTRE LOS PADRES DEL
NIÑO. (O.E.4)

ALTERNATIVAS	F	%
Si	9	7
No	123	93
Total	132	100



FUENTE: Encuestas realizadas a los padres de los niños del instituto de educación especial María Buitrón de Zumárraga.

ELABORADO POR: María Estrella Chávez Mera.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En 9 niños del instituto existe un parentesco familiar entre los padres del niño que corresponde a un 7%, mientras que en 123 niños no existe ningún parentesco familiar en un 93%.

Según BARDONI, N (2010).Odontología Pediátrica, Buenos Aires Argentina: Panamericana. P, 790. "El papel de la consanguinidad en la etiología de las malformaciones es bien conocido, especialmente en aquellas autosómicas recesivas. El riesgo es mayor mientras más cercano es el parentesco. Al difundir el conocimiento de los riesgos y desincentivar los matrimonios consanguíneos, se está haciendo prevención primaria, lo que disminuye las posibilidades de recurrencia de enfermedades autosómicas recesivas y multifactoriales en la descendencia." pág. 9

Mediante la encuesta se pudo determinar que en la mayoría de los padres de los niños no tienen ningún tipo de parentesco familiar.

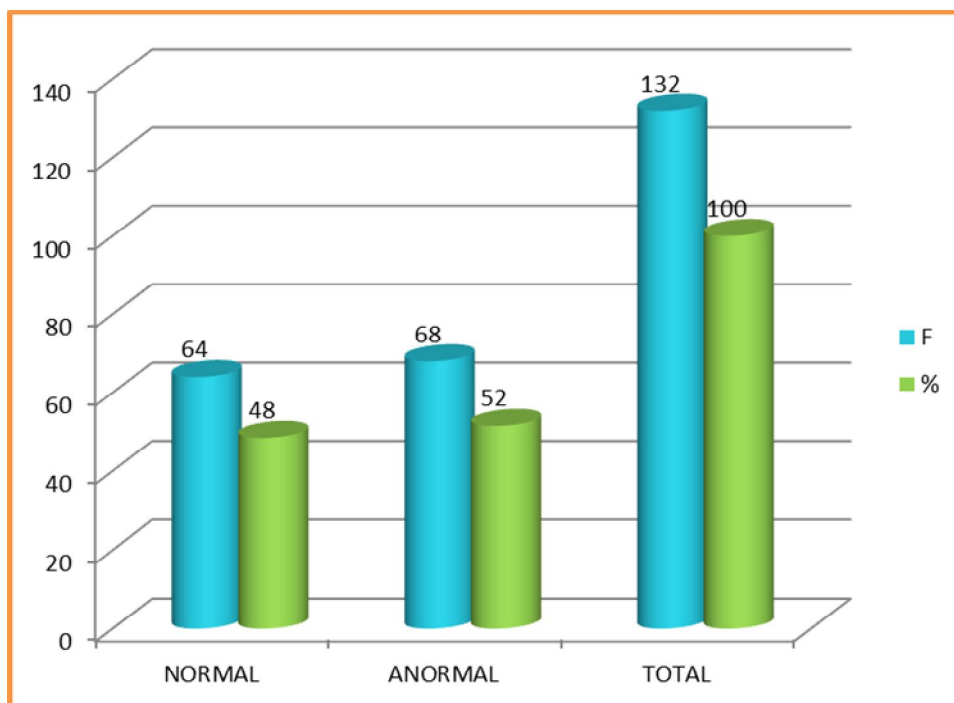
7.2 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA FICHA DE OBSERVACIÓN

GRAFICUADRO N.-11

EXPLORACIÓN LABIOS (O.E.3)

FRENILLO LABIAL

ALTERNATIVAS	F	%
NORMAL	64	48
ANORMAL	68	52
TOTAL	132	100



FUENTE: ficha de observación realizada a los niños con malformaciones bucodentales.
ELABORADO POR: María Estrella Chávez Mera.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Mediante las fichas de observación, en la exploración de los labios se pudo determinar que la mayoría de los niños presentan anomalías en el frenillo labial superior en un 52%.

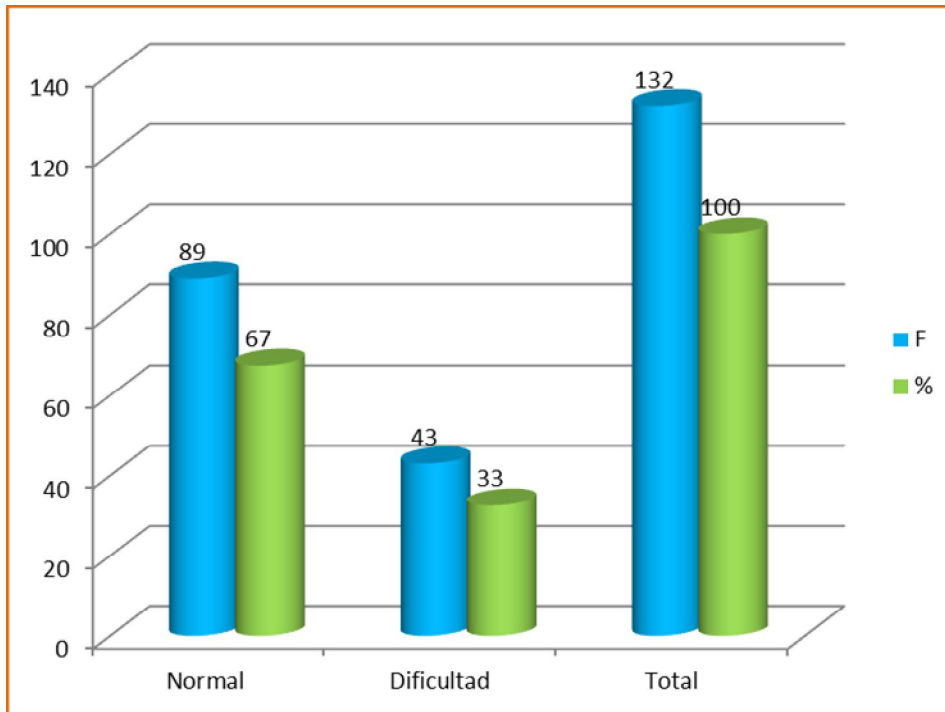
Según GUEDES, A. (2011). Fundamentos de Odontología. Sao Paulo Brasil: Santos, P. 117 "la forma el tamaño y la inserción del frenillo sufren intensas variaciones de acuerdo con la edad del niño. Un frenillo labial hipertrófico es aquel que tiene un tamaño mayor al normal, además su inserción suele ser más baja en el paladar y produce la aparición de un antiestético diastema entre los incisivos centrales superiores". ^{pág. 37}

La forma, movilidad y tonicidad de los labios son aspectos importantes a tomar en cuenta al momento de realizar la exploración de la cavidad oral ya que si este órgano se encontrara atrofiado se presentaría problemas al momento de emitir ciertos fonemas que están relacionados con este órgano. Según la ficha de observación que la anomalía más frecuente de los labios en los niños del instituto fue la del frenillo labial superior en un 52%.

GRAFICUADRO N.- 12

LABIOS MOVILIDAD (O.E.3)

ALTERNATIVA	F	%
Normal	89	67
Dificultad	43	33
Total	132	100



FUENTE: ficha de observación realizada a los niños con malformaciones bucodentales.

ELABORADO POR: María Estrella Chávez Mera.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 67% de los niños presentaron movilidad normal, mientras el 33% presentaron dificultad en los movimientos del labio.

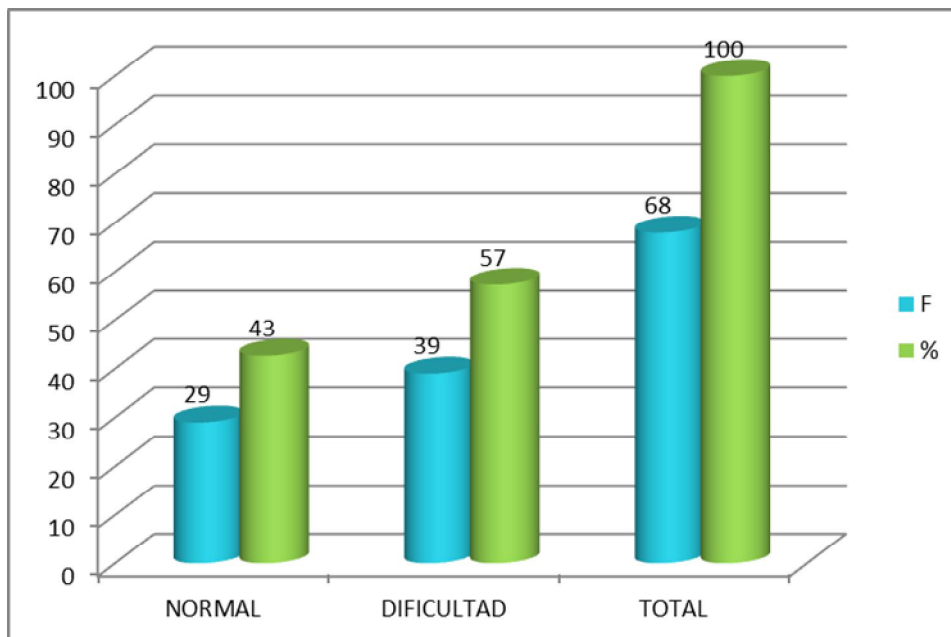
Según SANCHIS, B (2011), Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados, España: Llibres, P 68. “cuando el sellado anterior es incompetente y los labios son hipotónicos y/o cortos, este movimiento adquiere mayor dificultad” pág. 51.

El 33% de los niños presentaron dificultad en el movimiento de los labios debido a malformaciones de dicho órgano, así como el cierre adecuado de los labios durante el habla.

GRAFICUADRO N.-13

RELACIÓN FRENILLO LABIAL- MOVILIDAD LABIAL (O.E.3)

ALTERNATIVAS	F	%
Normal	29	43
Dificultad	39	57
TOTAL	68	100



FUENTE: ficha de observación realizada a los niños con malformaciones bucodentales.
ELABORADO POR: María Estrella Chávez Mera.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 68 niños que presentaron frenillo labial anormal, 29 presentaron movilidad normal que corresponde a un 43%, 39 niños presentaron dificultad en la movilidad de los labios que corresponde a un 57%.

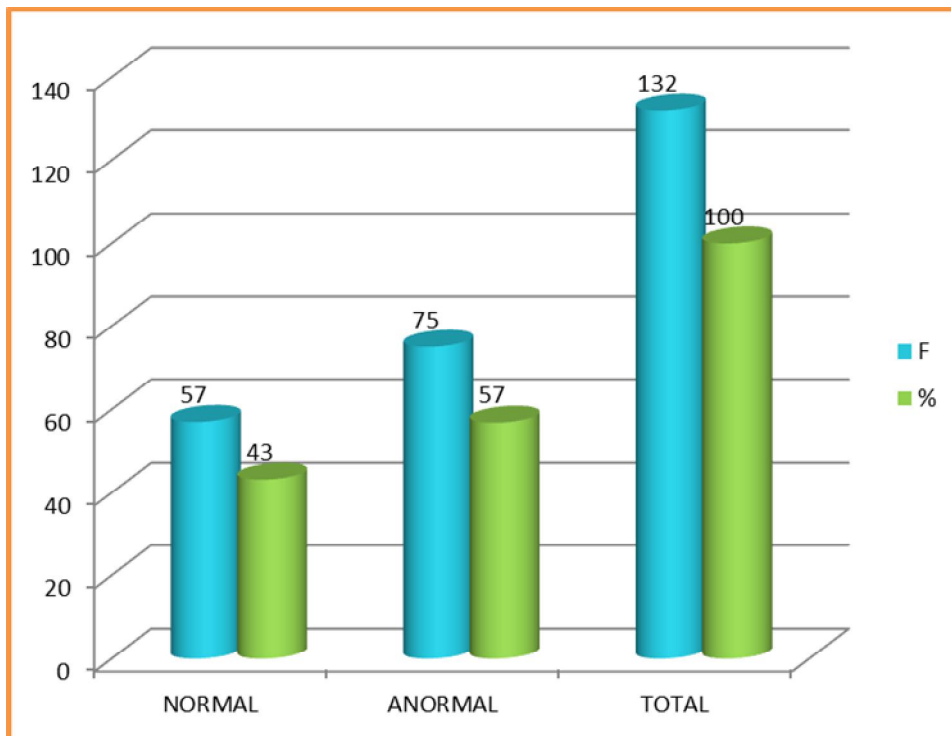
Según CAMERON, A. (2010). Manual de Odontología Pediátrica, Madrid España: Elsevier. P 477. Dependiendo de la naturaleza de las anomalías labiales y del nivel de movimiento de los labios puede verse afectado el cierre y la protrusión labial. ^{pág. 45}

La mayor parte de los niños que presentaron frenillo labial anormal tuvieron dificultad en el movimiento de los labios en donde el cierre y la protrusión labial se vieron afectadas.

GRAFICUADRO N.- 14

**EXPLORACIÓN DE LA LENGUA (O.E.2)
FRENILLO LINGUAL**

ALTERNATIVAS	F	%
Normal	57	43
Anormal	75	57
TOTAL	132	100



FUENTE: ficha de observación realizada a los niños con malformaciones bucodentales.
ELABORADO POR: María Estrella Chávez Mera

ANÀLISIS E INTERPRETACIÓN

Mediante la ficha de observación se pudo determinar que un 57% de los niños presentaron anormalidad en el frenillo lingual.

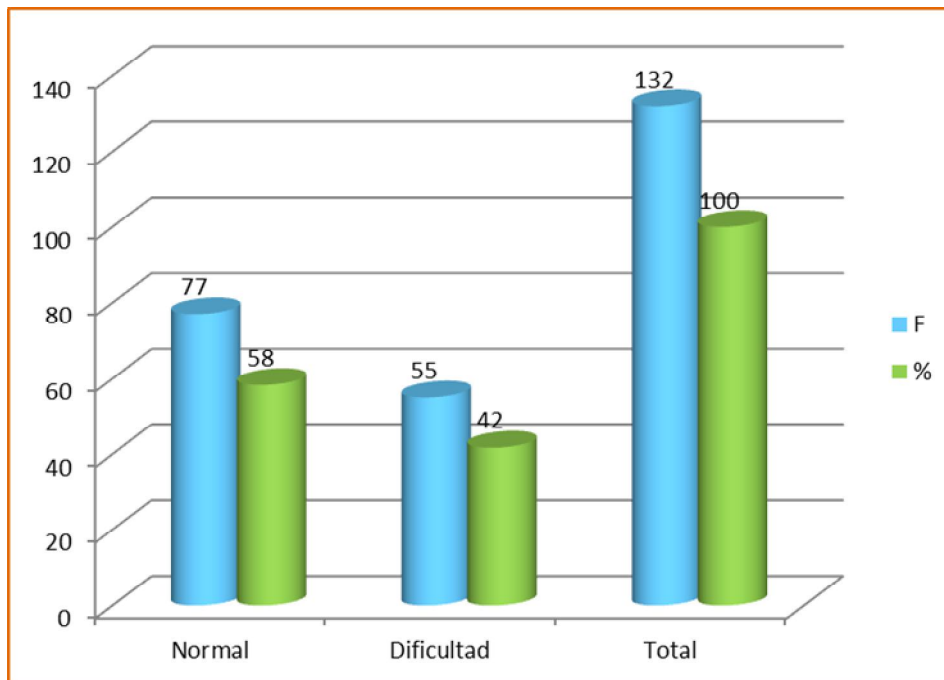
Según CASTEJON, J. (2009) unas bases psicológicas de la educación especial, Barcelona España: club universitario, P 117. "El órgano afectado es la lengua. Puede estar alterado el tamaño de la lengua y la movilidad de la misma, ya sea por lesión del nervio hipogloso o por unión entre la acara de interna de la lengua y encía inferior". ^{pág. 47}

Según se pudo observar al momento de la exploración de la lengua que un 57% de los niños presentan frenillo lingual anómalo lo que afecta al niño al momento de realizar movimientos linguales por los que se ven restringidos y por ende causaría problemas al articular pablaras.

GRAFICUADRO N.-15

LENGUA MOVILIDAD (O.E.2)

ALTERNATIVA	F	%
Normal	77	58
Dificultad	55	42
Total	132	100



FUENTE: ficha de observación realizada a los niños con malformaciones bucodentales.
ELABORADO POR: María Estrella Chávez Mera.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 58% de los niños presentaron una movilidad normal de la lengua mientras el 42% presentaron dificultad en los movimientos linguales

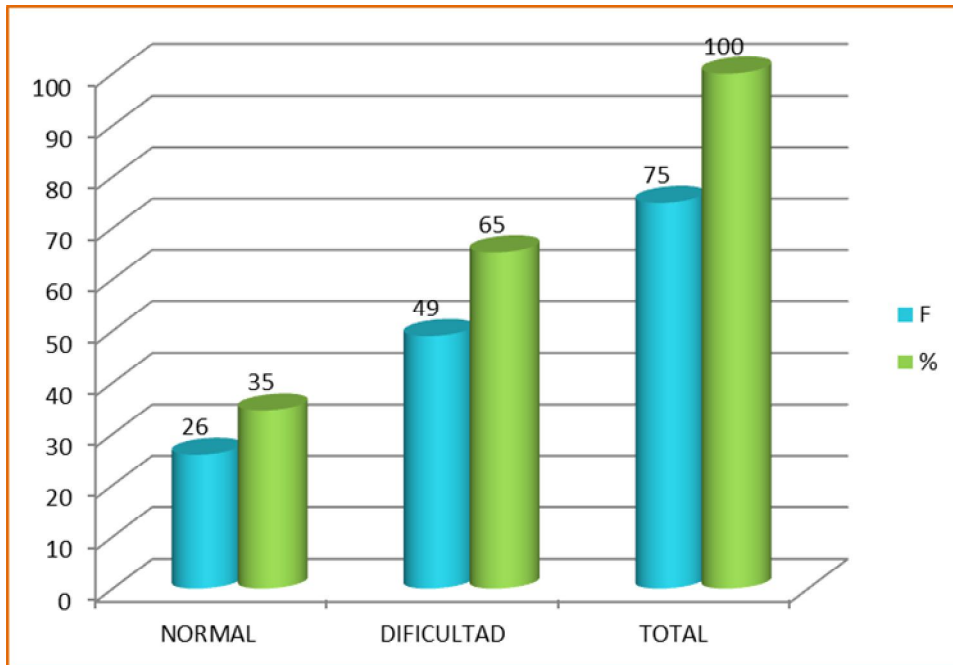
Según NUSSBAUM, L. (2008). Genética en medicina, España: Elsevier, P 168. "Es esencial el tratamiento fonoaudiológico previa cirugía, puesto que el frenillo corto da escaso movimiento lingual, y debemos trabajar para favorecer y evitar trastornos en la deglución y articulación". ^{pág. 22}

El 42% de los niños presentaron dificultades en los movimientos linguales, por lo que se va a requerir ejercicios bucofonatorios para mejorar la motricidad de la lengua.

GRAFICUADRO N.- 16

RELACIÓN FRENILLO LINGUAL – MOVIMIENTO LINGUAL (O.E.2)

ALTERNATIVAS	F	%
Normal	26	35
Dificultad	49	65
TOTAL	75	100



FUENTE: ficha de observación realizada a los niños con malformaciones bucodentales.
ELABORADO POR: María Estrella Chávez Mera.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De un total de 75 niños que presentaron frenillo lingual el 35% presentó movimiento normal de la lengua, mientras el 65% presento dificultad al momento de realizar movimientos linguales.

Según BOTERO, P.(2007). Manual Para la Realización de Historia Clínica Odontológica del escolar, Colombia Medellín: Educc. P 28. "Para medir la movilidad, se le pide al paciente que proyecte la lengua hacia afuera y arriba. Se debe valorar el rango de movimiento de la lengua para determinar si existe frenillo traccionante, que se complementa con la valoración de la fonación"^{pág 52.}

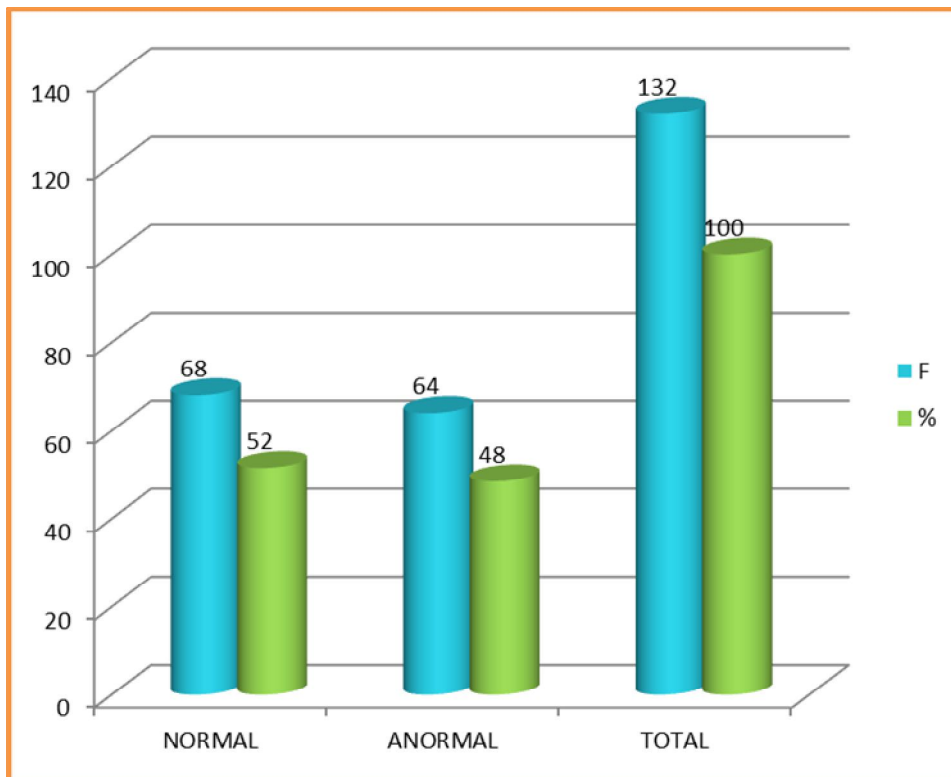
En la mayoría de los casos de los niños que presentaron frenillo lingual tuvieron como consecuencia de esta anomalía dificultad en los movimientos linguales.

GRAFICUADRO N.-17

MALFORMACIONES BUCALES (O.E.4)

Lengua tamaño

ALTERNATIVA	F	%
Normal	68	52
Anormal	64	48
TOTAL	132	100



FUENTE: ficha de observación realizada a los niños con malformaciones bucodentales.
ELABORADO POR: María Estrella Chávez Mera

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 48% de los niños del instituto presentaban anomalías en cuanto al tamaño de la lengua mientras que el 52% presentan la lengua de tamaño normal.

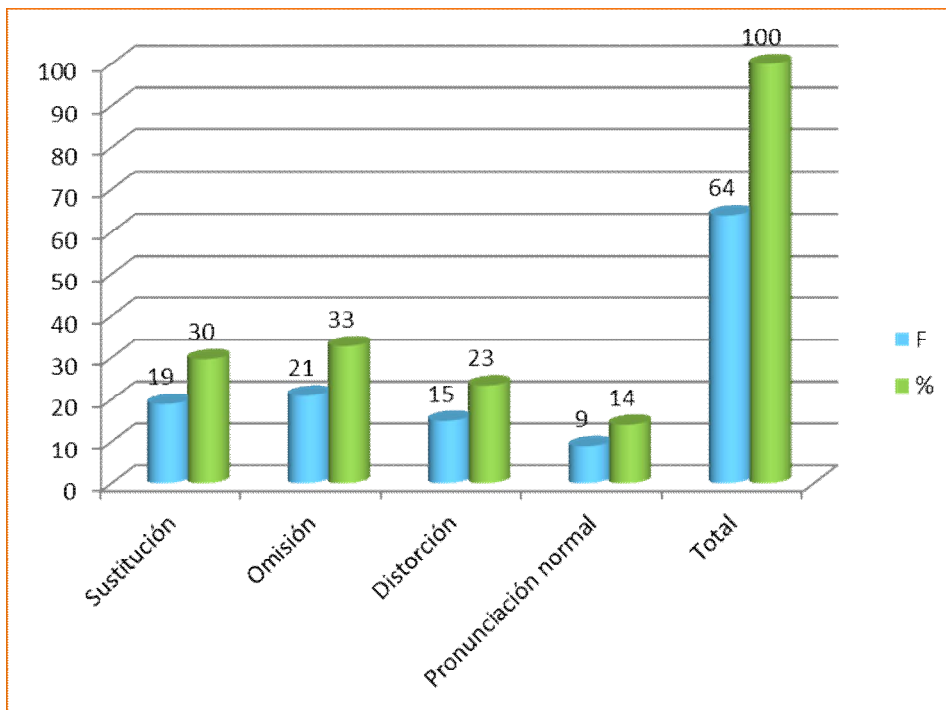
Según WOLFF, K. (2008). Dermatología en medicina general, Madrid España: Panamericana, P. 644 “La presión que ejerce sobre los dientes es la causa del festoneado que adoptan los sectores laterales de la lengua. Son comunes tanto la dificultad para masticar y para hablar como la mordedura accidental de la lengua.” pág. 23

Al explorar la lengua de los niños determinamos que un 48% presentaba anomalía en cuanto al tamaño y por ende causaba molestias para realizar los movimientos de dicho órgano, así mismo problemas para articular palabras.

GRAFICUADRO N.- 18

RELACIÓN MALFORMACIONES DE LOS ORGANOS DEL HABLA
(LENGUA TAMAÑO)- DIFICULTADES DE LA ARTICULACION DE
FONEMAS. (O.E.4)

ALTERNATIVA	F	%
Sustitución	19	30
Omisión	21	33
Distorsión	15	23
Pronunciación normal	9	14
Total	64	100



FUENTE: ficha de observación realizada a los niños con malformaciones bucodentales.
ELABORADO POR: María Estrella Chávez Mera

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 64 niños que presentaron lengua de tamaño anormal, 30% presentaron sustitución, 33% omisión, 23% distorsión, 14% presentaron pronunciación normal.

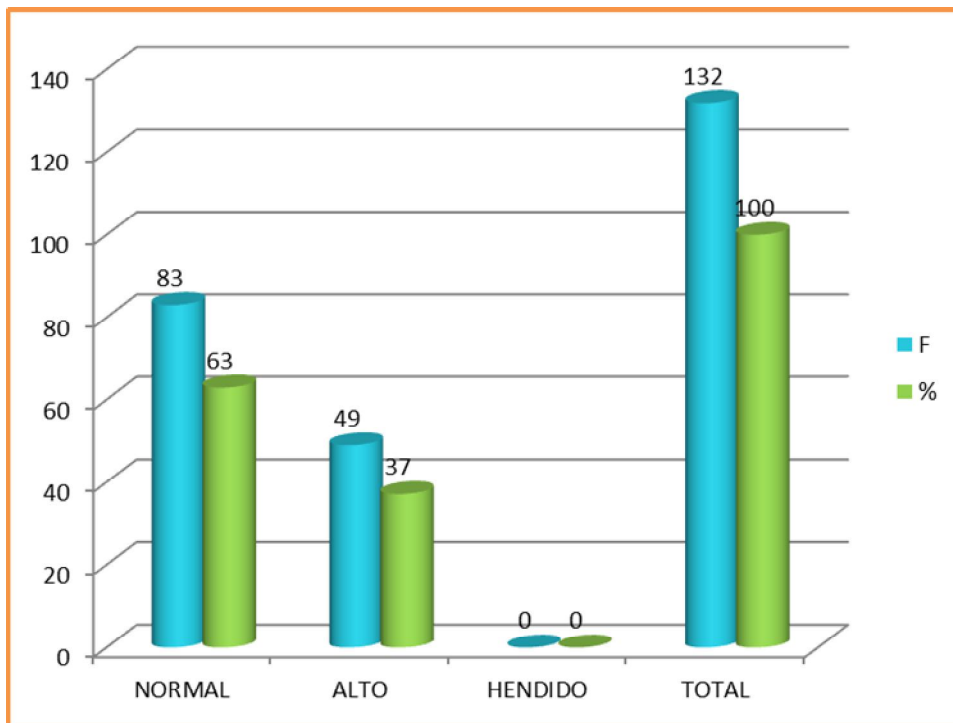
CAMERON, A. (2010). Manual de Odontología Pediátrica, Madrid España: Elsevier. P. 409. "Los niños con macroglosia tienen dificultades para articular sonidos dentolinguales z, linguoalveolares t, d, n, l, y palatolinguales ch, ll"^{Pág. 22}.

La mayor parte de los niños que presentaron lengua de tamaño anormal el mayor trastorno del habla fue la omisión en un 33%.

GRAFICUADRO N.- 19

EXPLORACIÓN DEL PALADAR DURO (O.E.4)

ALTERNATIVAS	F	%
Normal	83	63
Alto	49	37
Hendido	0	0
TOTAL	132	100



FUENTE: ficha de observación realizada a los niños con malformaciones bucodentales.

ELABORADO POR: María Estrella Chávez Mera

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Un 63% de los niños presentaron un paladar normal, mientras que un 37% presentaron un paladar alto.

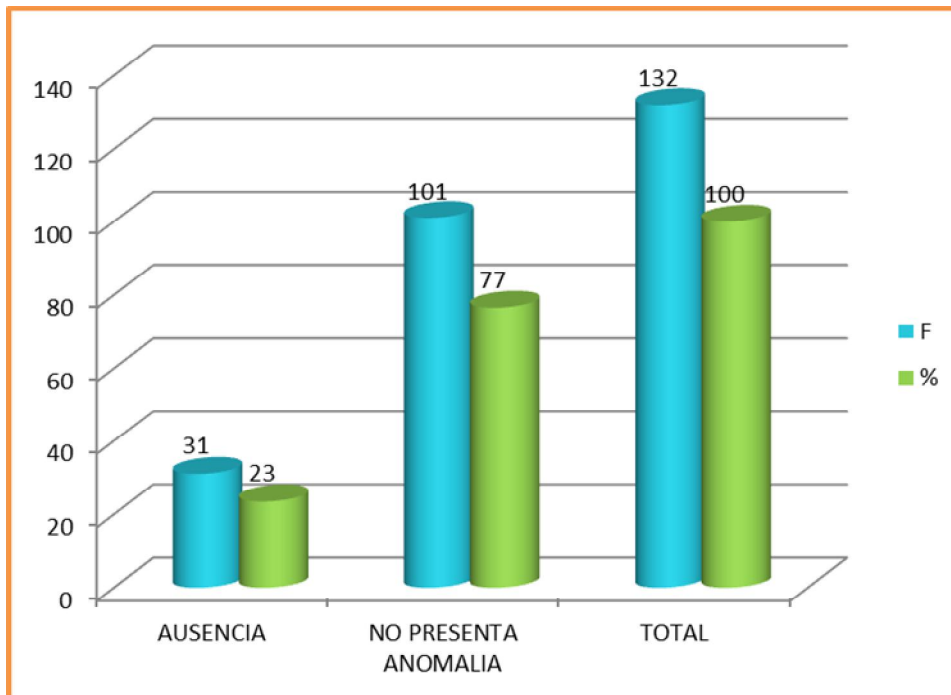
GUEDES, A. (2011). Fundamentos de Odontología: Sao Paulo Brasil: Santos, P. 119 "El paladar duro, de tonalidad blanquecina, debe presentar forma abovedada, con arrugas transversas, continuándose con el paladar blando, de tonalidad más rosada". pág. 52

El paladar constituye el techo superior de la cavidad oral, esta es una zona de roce cuya interacción lengua-paladar permite articular sonidos.

GRAFICUADRO N.- 20

ANOMALÍAS DENTALES NUMERO (O.E.1)

ALTERNATIVAS	F	%
Ausencia	31	23
No presenta anomalía	101	77
TOTAL	132	100



FUENTE: ficha de observación realizada a los niños con malformaciones bucodentales.

ELABORADO POR: María Estrella Chávez Mera

ANÀLISIS E INTERPRETACIÓN

El 23% de los niños presentaron ausencia de dientes, mientras los 77% restantes no presentaron ausencia de dientes.

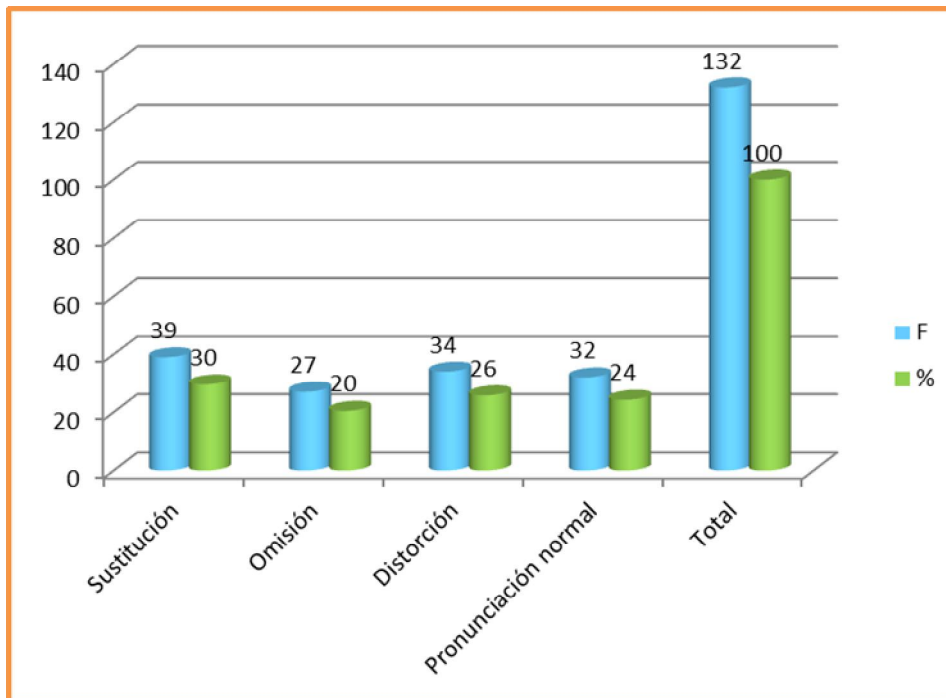
CASTEJON, J. (2009) Unas bases Psicológicas de la educación especial, Barcelona España: club universitario, P 146 “La pronunciación se ve afectada por la forma, disposición, exceso o ausencia de los dientes, con gran frecuencia hay la dificultad en la pronunciación de la s,f,t,d. ^{pág. 45}

La ausencia dental puede ocasionar en algunos de los casos problemas al articular palabras, más aun cuando la ausencia se da a nivel de los dientes anteriores.

GRAFICUADRO N.- 21

ARTICULACIÓN DE FONEMAS (O.E.4)

ALTERNATIVA	F	%
Sustitución	39	30
Omisión	27	20
Distorsión	34	26
Pronunciación normal	32	24
Total	132	100



FUENTE: ficha de observación realizada a los niños con malformaciones bucodentales.

ELABORADO POR: María Estrella Chávez Mera

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Un 30% presentaron sustitución de fonemas, 20% presentaron omisión, y 26% de los niños presentaron distorsión de los fonemas, mientras que el 24% de los niños tienen una pronunciación normal.

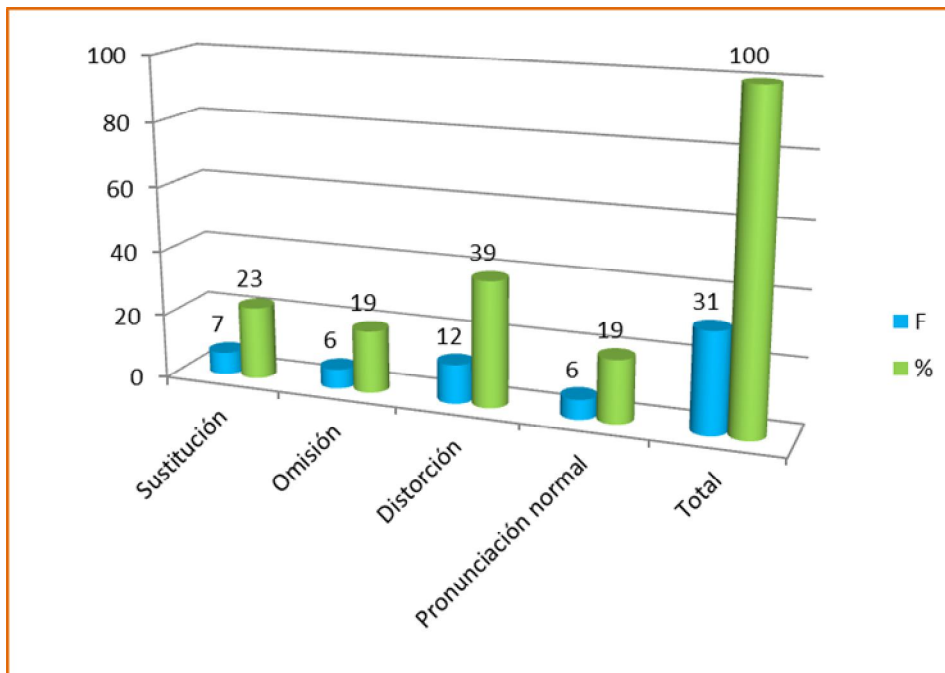
Según BOTERO, P. (2007) Manual Para la Realización de Historia Clínica Odontológica del escolar, Colombia Medellín: Educc. P 26 “Los problemas en la articulación de las palabras pueden ser: omisión, sustitución, inserción y distorsión”. ^{pág. 56}

Mediante la ficha de observación se pudo determinar que la mayoría de los niños presentan sustitución en la articulación en donde el fonema es reemplazado por otro fonema más fácil.

GRAFICUADRO N.- 22

TRASTORNOS DEL HABLA Y ANOMALÍAS DNETALES (O.E.1)

ALTERNATIVA	F	%
Sustitución	7	23
Omisión	6	19
Distorsión	12	39
Pronunciación normal	6	19
Total	31	100



FUENTE: ficha de observación realizada a los niños con malformaciones bucodentales.

ELABORADO POR: María Estrella Chávez Mera.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las fichas de observación se pudo determinar que 23% los niños presentarán sustitución, 19% omisión, 39% distorsión debido a la ausencia dental, mientras un 19% de los niños que presentarán anodoncia tienen una pronunciación normal.

LATORRE, A. (2011) Trastornos y dificultades del desarrollo, Puv. P, 273. "Es la dificultad de la producción oral debido a alteraciones anatómicas y/o fisiológica de los órganos articulatorios" ^{pág. 41}

Los trastornos del habla como son la sustitución, omisión y distorsión son causados por malformaciones de los órganos del habla, en este caso los niños que presentarán ausencia dental se pudo determinar un mayor porcentaje en distorsión en un 39%.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los datos obtenidos se determinó:

a.- De Los niños que presentaron ausencia de dientes, se observó dificultades en la articulación de fonemas siendo el trastorno más frecuente la distorsión.

b.- La presencia del frenillo lingual corto está relacionado con los movimientos de la lengua, ya que estos van a quedar condicionados y restringidos, aumentando las posibilidades de afectar al lenguaje, por lo que en algunas ocasiones no va a poder realizar las diversas funciones dentro de la cavidad oral.

c. Al observar el frenillo labial superior se pudo determinar que la mayoría de los niños del instituto presentan frenillo labial superior anómalo, lo que genera dificultad para mover el labio, lo cual está relacionado con el grado de movilidad del labio superior, el frenillo labial también puede ocasionar problemas estéticos de diastema interincisal y alteraciones de la fonética del paciente.

d. Al realizar la ficha de observación de los órganos del habla labios, lengua, paladar y dientes, se concluyó que existen anormalidades en cuanto a la forma, movilidad, tonicidad, por medio del cual se pudo comprobar que debido a estas anormalidades los órganos que intervienen en el habla no van a poder realizar sus correctas funciones durante el habla. Tomado como referencia a los 64 niños que presentaron lengua de tamaño anormal el mayor trastorno del habla fue la sustitución de fonemas,

a pesar de que los niños reciben terapias de lenguaje no han podido mejorar el habla con el tratamiento recibido.

BIBLIOGRAFIA

1. ASSED, L. (2008). Tratado de Odontología, Brasil: Amolca, P. 371
2. BARDONI, N (2010).Odontología Pediátrica, Buenos Aires Argentina: Panamericana. P 790.
3. BASCONES, A (2009).Medicina Bucal. Madrid España: Ariel. P 319.
4. BOTERO, P. (2007). Manual Para la Realización de Historia Clínica Odontológica del escolar, Colombia Medellín: Educc. P 26.
5. CAWSON, R. (2009) fundamentos de Medicina y Patología Oral, Barcelona España: Elsevier, P 24.
6. CAMERÓN, A. (2010). Manual de Odontología Pediátrica, Madrid España: Elsevier. P 385.
7. CÁRDENAS, A. (2007) Técnicas de ayuda odontológica y estomatológicas, P 86.
8. FERRO, M (2007). Fundamentos de la odontología, Bogotá: Javegraf, P.223.
9. FERNÁNDEZ, M. (2008), las Cincuenta principales consultas en Pediatría de Atención Primaria, Madrid España: Trigaphis, P, 124.
- 10.GARCÍA, A. (2007). No quiero lavarme los dientes. Barcelona España: Ceac, P. 127.
- 11.GIMERO, F. (2008). Anatomía de la Voz, España: Paidotribo.P 68.
- 12.GOMEZ, M. (2009).Histología Embriología e ingeniería tisular bucal: Madrid España: Panamericana, P 109.
- 13.GUEDES, A. (2011). Fundamentos de Odontología. Sao Paulo Brasil: Santos, P 117.

- 14.HARFIN, J. (2010). Ortodoncia lingual, Argentina: Panamericana, P.123.
- 15.JIMÉNEZ, M. (2009) Expresión y Comunicación, España: Editex, P.27.
- 16.JIMÉNEZ, A. (2007). Odontopediatría en atención primaria, Madrid España: vértice, P. 395
- 17.LATORRE, A. (2011) Trastornos y dificultades del desarrollo, Puv. P, 273.
- 18.MOORE, K. (2009). Embriología clínica, España: Elsevier, 458.
- 19.MOSCHOS, A. (2007) Tratamiento ortodoncico en pacientes de clase II no colaboradores, España: Elsevier, P 71.
- 20.NUSSBAUM, L. (2008). Genética en medicina, España: Elsevier,P 168.
- 21.OKESON, P. (2008) Tratamiento de oclusión y Afecciones temporomandibulares, España: Elsevier, P 44.
- 22.PALMA, A. (2007). Técnicas de Ayuda odontológica y Estomatológica. Madrid España. Montytexto, P.301.
- 23.PROFFIT, R. (2008). Ortodoncia contemporánea, España: Elsevier.
- 24.ROJAS, F. (2009).Manual de Higiene bucal. Buenos Aires: Panamericana. P, 13.
- 25.RESTREPO, R. (2008) Rehabilitación en Salud, Colombia: Universidad de Antioquia, P.759.
- 26.RUIZ, R (2009) Síndrome de Down y Logopedia, España: Publidisa.P, 127.
- 27.REGEZI, J. (2009). Patología bucal. México: McGraw Hill, P. 456.

- 28.SANDER, O. (2007) Tratado de cirugía oral y Maxilofacial, Caracas Venezuela: Amolca, P 871.
- 29.SANCHIS, B (2011), Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados, España: Llibres, P 105.
- 30.SALAS, M. (2008) Procesos médicos que afectan al niño en la etapa escolar, España: Elsevier, P 157.
- 31.SÚAREZ, C. (2007). Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, Buenos Aires Argentina: panamericana, P 327.
- 32.SENDRA, J. (2010) Atención y apoyo psicosocial domiciliario, España: Ideaspropias, P 472.
- 33.SCHNEIDER, M. (2007) Recuperando la salud, México: Pax México, P 102.
- 34.VASQUEZ, E. (2011). Bases Anomopatológicas de Enfermedad Quirúrgica, Estados unidos de América: Palibrio, P. 33
- 35.VELAYOS, J, (2007). Anatomía de la cabeza para odontólogos. Madrid España: panamericana P, 11.
- 36.WOLFF, K. (2008). Dermatología en Medicina General, Madrid España: Panamericana, P, 644.

PÁGINAS WEB

- ❖ www.bioline.org.br/pdf?rc06010
- ❖ www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art20.asp
- ❖ [www.saludalia.com/Saludalia/web_saludalia/vivir_sano/doc/higiene/doc/dientes_apinados.](http://www.saludalia.com/Saludalia/web_saludalia/vivir_sano/doc/higiene/doc/dientes_apinados)
- ❖ www.dermatologiapediatrica.net/.../29-capitulo-2-patologoral
- ❖ www.mama.com.mx/odontopediatria/271-habitos-orales
- ❖ www.zoilomaxilofacial.jimdo.com/servicios/malformaciones-cong%C3%A9nitas/
- ❖ web.educastur.princast.es/proyectos/lea/index.php?page=disglosias
- ❖ www.bebesymas.com/.../trastornos-del-habla-tratamiento
- ❖ [www.logopedia-granada.com/disglosia.](http://www.logopedia-granada.com/disglosia)
- ❖ www.espaciologopedico.com/articulos/articulos2.php?Id_articulo=65
- ❖ www.odon.edu.uy/catedras/.../afectacion%20de%20estructura
- ❖ www.geodental.net/article-8019.html
- ❖ <http://soleyma.wordpress.com/trastornos-del-lenguaje-oral-y-escrito/disglosias/tratamiento-disglosia>

**PROP
P
C
E
S
T
A**

PROPUESTA ALTERNATIVA

1. IDENTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

NOMBRE DE LA PROPUESTA

Educación a los padres de los niños con malformaciones bucodentales objeto del estudio sobre las disglosias para mejorar la fonética.

FECHA DE LA PRESENTACIÓN

Julio 2012

CLASIFICACIÓN

Tipo social de orden educativo

LOCALIZACIÓN GEOGRAFICA

El instituto de educación especial María Buitrón de Zumárraga se encuentra ubicado en la avenida Manabí y Amazonas, junto INFA.

2. JUSTIFICACIÓN

El lenguaje oral es una de las herramientas más valiosas que tiene el ser humano para comunicarse, es por esto que se debe de trabajar en los niños con malformaciones bucodentales, para mejorar la agilidad y coordinación de los órganos bucofonatorios para mejorar el habla y así mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

El proyecto se justifica porque después del trabajo de investigación realizado se demuestra que los pacientes con malformaciones bucodentales presentan alteraciones en el habla, por eso es conveniente ofrecer un conjunto de conocimientos fundamentales a través de charlas, para darles a conocer una serie de ejercicios y pautas para ayudar a los niños en casa a mejorar su lenguaje.

Gracias a las conclusiones obtenidas en la investigación se pudo apreciar existe un alto índice de trastornos del habla en niños con malformaciones bucodentales, y que hay falta de información en los padres sobre cómo mejorar la productividad del habla en el niño y la motricidad de los órganos bucofonatorios.

El proyecto es factible porque está al alcance educativo y económico de la investigadora.

3. MARCO INSTITUCIONAL

El instituto de educación especial "María Buitrón de Zumárraga" de la Ciudad de Portoviejo, se creó con el objetivo de brindar educación acorde a las necesidades de un centro especializado para niños, niñas, jóvenes con categorías de deficientes intelectuales, deficientes auditivos, visuales, y múltiples discapacidades.

Se fundó el 2 de mayo de 1975, fecha en la que fueron entregadas las credenciales a los primeros maestros y maestras. Se laboró en diferentes locales que gentilmente prestaron las instituciones de la localidad, Escuela

18 de octubre, jardín Corina del Parral de Velasco Ibarra, Jardín el Rosario, Escuela México, mediante acuerdo ministerial 2375 autorizado por el Ministro de Educación y Cultura el 15 de septiembre de 1975, fecha de funcionamiento legal. Dicha institución logró tener edificio propio gracias a las gestiones de Doña María Buitrón de Zumárraga mediante el banco de la vivienda y se inauguró en 1979. El 19 de diciembre de 1988 se creó como instituto mediante el acuerdo 2323 del artículo único por el ministerio de educación y cultura.

En los actuales momentos el horario establecido es de 08h00 a 12h00 para los estudiantes con discapacidad. Este proyecto está dirigido a las necesidades educativas especiales de nuestros niños, niñas y jóvenes, con la reforma educativa especial y sus respectivas adaptaciones curriculares, cuenta con un total de 200 niños que reciben educación especial. Cuenta con departamento odontológico atendido por el DR. Murillo Escobar Andrés Florencio odontólogo. Ubicada en la Av. Manabí y Amazonas junto al INFA.

4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Capacitar a los padres de familia sobre la importancia de los ejercicios de los órganos bucofonatorios, con el fin de mejorar la motricidad que afecta a los órganos de la articulación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Concientizar a los padres sobre los beneficios de los ejercicios bucofonatorios, para adquirir agilidad y coordinación necesaria para hablar de una forma correcta.

Incentivar a los niños para que colaboren con los ejercicios bucofonatorios.

1. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

Mediante la investigación realizada se observó que los niños con malformaciones bucodentales presentan problemas de lenguaje oral, por lo que se estableció esta propuesta para difundir una serie de ejercicios bucofonatorios para mejorar la motricidad de los órganos bucofonatorios y pautas a las familias para que ayuden en casa a mejorar su lenguaje.

Se realizó un taller educativo sobre temas: ejercicios bucofonatorios y pautas a las familias. En el taller se entregó trípticos y una gigantografía, se realizó mini charlas que ayuden a mejorar el lenguaje de niño.

Existirá la colaboración de los niños con malformaciones bucodentales que serán contactados previamente para colaborar en la continuidad y seguimiento de la propuesta.

2. BENEFICIARIOS

Los beneficiarios directos son los niños con malformaciones bucodentales que asisten al instituto de Educación Especial María Buitrón de Zumárraga.

3. DISEÑO METODOLÓGICO

Para el cumplimiento de los objetivos se realizaron las siguientes etapas:

Primera etapa: Reunión con el director del instituto de educación especial
María Buitrón de Zumárraga

Segunda etapa: Elaboración de un cronograma de trabajo

Tercera etapa: Charlas educativas sobre ejercicio bucofonatorios y pautas a las familias.

Cuarta etapa: Entrega de un banner en el Instituto de Educación Especial
María Buitrón de Zumárraga.

4. CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE EJECUCION DE LA PROPUESTA			
ACTIVIDAD	JULIO		
	2	3	4
Reunión con el director del instituto de educación especial María Buitrón de Zumárraga		X	
Ejecución de la capacitación para los padres de familia			X
Entrega de los trípticos a los padres de familia			X
Entrega de un banner al instituto de educación especial María Buitrón de Zumárraga			X

5. PRESUPUESTO

ACTIVIDAD	RECURSOS	CANTIDAD	V. UNIT	V. TOTAL	
FINANCIAR					
Diseño	Diseñador	1	2.00	2.00	Autora
Trípticos	gráfico				
Impresión de	Blanco y negro	100	0.10	10.00	Autora
trípticos					
Diseño y	Diseñador	1	20.00	20.00	Autora
elaboración del	gráfico				
banner					
Viáticos				20.00	Autora
Total				52.00	Autora

6. SOSTENIBILIDAD

Esta propuesta es sostenible porque cuenta con la predisposición del personal médico que atienden en el instituto de Educación Especial María Buitrón de Zumárraga, como es el odontólogo y la terapeuta.

A demás de esto, esta propuesta será replicada a los niños que asisten al Instituto de Educación Especial María Buitrón de Zumárraga, mediante la colaboración y el aporte que van a tener los padres de familia ya que sin ellos no pudiese haber una buena colaboración, así como mediante el personal que trabaja motivando a los niños y a los padres para continuar con el programa educativo.

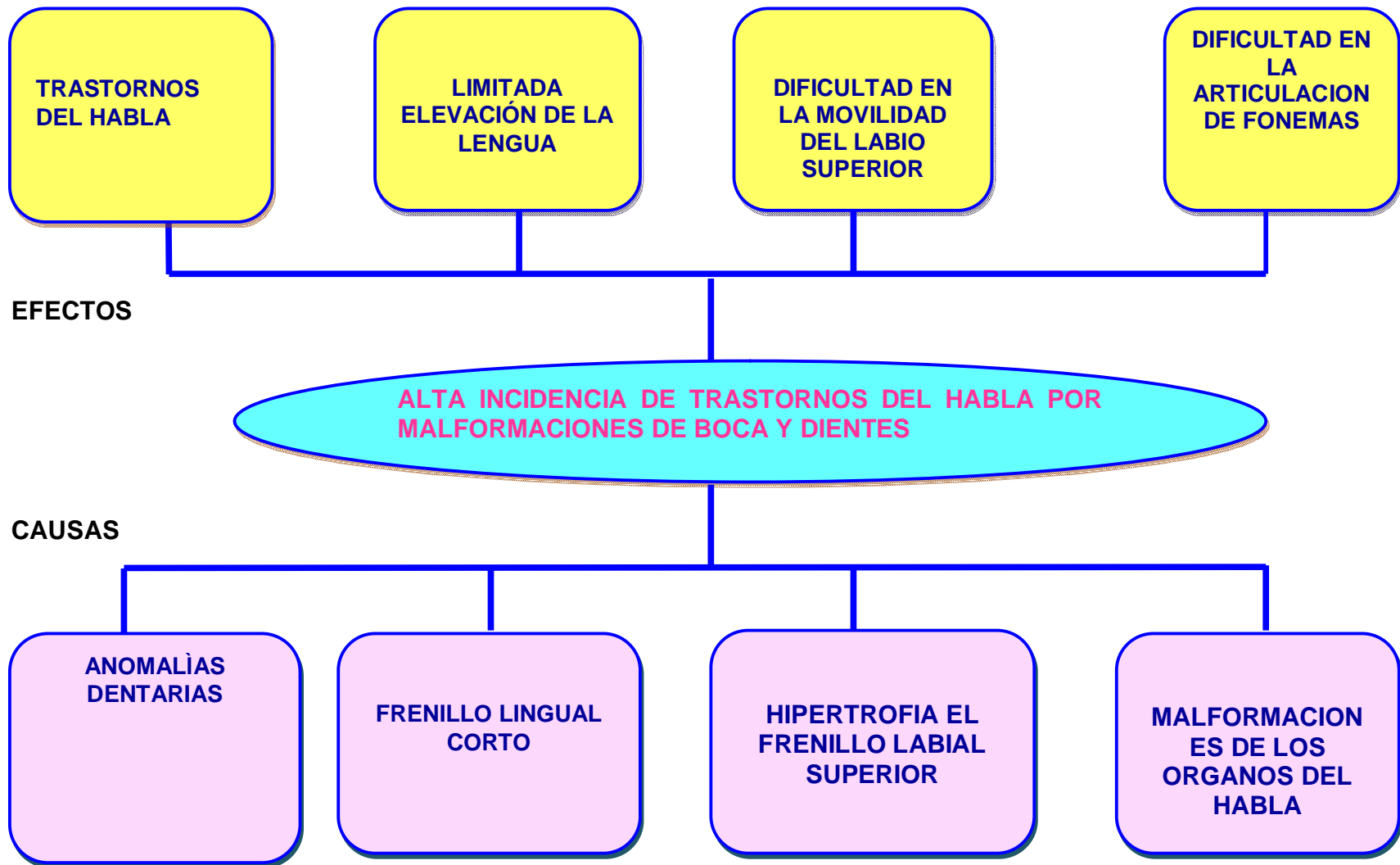
7. FUENTE DE FINANCIAMIENTO

La propuesta fue financiada por la autora de la investigación.

ANNEXOS

ANNEX
SO
S

1



RUBROS	CANT	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	
					AUTOGESTIÓN	AP. EXT.
COMPUTADORA	1	Unidad	700,00	700,00	700,00	
FOTOCOPIAS	1000	Unidad	0,03	30,00	30,00	
PAPEL	2	Resma	4,50	9,00	9,00	
INTERNET	20	horas	1,00	20,00	20,00	
TINTA NEGRO	2	tóner	37,00	74,00	74,00	
TINTA COLOR	2	tóner	41,00	82,00	82,00	
CD	2	Unidad	0,75	1,50	1,50	
Resaltador	1	Unidad	1,00	1,00	1,00	
Corrector	1	unidad	1,00	1,00	1,00	
Lápiz	1	unidad	0,25	0,25	0,25	
BOLÍGRAFOS	2	unidad	0,45	0,90	0,90	
CUADERNO	1	unidad	2,88	2,88	2,88	
CARPETAS	5	Unidad	0,15	0,75	0,75	
TABLERO PORTA HOJA	1	Unidad	3,50	3,50	3,50	
PEN DRIVE	1	unidad	10,00	10,00	10,00	
VIÁTICOS		dólar		200,00	200,00	
Guantes	2	Caja	8,00	16,00	16,00	
MASCARILLAS	1	Caja	4,00	4,00	4,00	
ANILLADOS	3	Unidad	2,00	6,00	6,00	
EMPASTADOS	4	Unidad	5,00	20,00	20,00	
SUBTOTAL				1182.78		
IMPREVISTOS				118.27		
Total				1301.05		

ANNEX
SO
S

2

UNIDAD ACADÉMICA DE LA SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA



Yo, María Estrella Chávez Mera, egresada de la carrera de odontología, necesito recolectar datos con el objetivo de investigar las malformaciones bucodentales y su relación con las disglosias, requisito indispensable para la obtención del título de odontóloga.

Formulario de encuesta dirigida a los padres de familia de los niños del instituto de Educación Especial María Buitrón de Zumárraga.

Marcar con una (X) en el literal que crea conveniente:

1. ¿Presenta el niño algún tipo de hábito bucal?

- a. succión digital () b. interposición lingual () c. succión labial ()
d. Respiración bucal () e. No presenta hábito ()

2. ¿En qué momento del día el niño desarrolla el hábito?

- a. diurno () b. nocturno () c. cuando ve la televisión () d. en algún momento del día () e. todo el día ()

3. Etapa de la duración del hábito en el niño.

- a. Etapa maternal () b. Etapa preescolar () c. Etapa escolar ()

4. ¿Cómo han repercutido los hábitos en niño?

- a. Dientes en mala posición () b. mordida defectuosa () c. respira por la boca ()
d. Desviación de alguna parte de la cara () e. no presenta hábito ()

5. El niño ha utilizado algún tipo de aparatología para corregir el hábito.

- a. Sí () b. No () c. no presenta hábito ()

6. Ha recibido el niño algún tipo de tratamiento para la corrección de los retrasos del habla por malformaciones bucodentales.

Si () No ()

7. Tipo de tratamiento recibido.

- a. quirúrgico () b. ortodóncico () c. logopédico () d. multidisciplinar ()

8. Con el tratamiento recibido mejoró la producción del habla.

Si () No ()

9. Existe en las familias antecedentes de malformaciones de cara o boca.

Si () No ()

10. Existe algún parentesco familiar entre los padres del niño.

Si () No ()



Nombre del paciente.....

Edad..... Sexo.....

Fecha..... Teléfono.....

“MALFORMACIONES BUCODENTALES Y SU RELACION CON LAS DISGLOSIAS”

Ficha de observación realizada a los niños del Instituto de Educación Especial María Buitrón de Zumárraga.

LABIOS				
FORMA	Simétricos <input type="checkbox"/>	asimétricos <input type="checkbox"/>	cicatrices <input type="checkbox"/>	isurado <input type="checkbox"/>
MOVILIDAD	normal <input type="checkbox"/>	dificultad <input type="checkbox"/>		
TONICIDAD	normotonía <input type="checkbox"/>	hipertonía <input type="checkbox"/>	hipotonía <input type="checkbox"/>	
FRENILLO LABIAL	corto <input type="checkbox"/>	hipertrófico <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>	
LENGUA				
TAMAÑO	normal <input type="checkbox"/>	macroglosia <input type="checkbox"/>	microglosia <input type="checkbox"/>	
MOVILIDAD	normal <input type="checkbox"/>	dificultad <input type="checkbox"/>		
TONICIDAD	normotomia <input type="checkbox"/>	hipertonía <input type="checkbox"/>	hipotonía <input type="checkbox"/>	
FRENILLO LINGUA	normal <input type="checkbox"/>	corto <input type="checkbox"/>	poca elasticidad <input type="checkbox"/>	
PALADAR DURO				
FORMA	normal <input type="checkbox"/>	alto <input type="checkbox"/>	paladar hendido <input type="checkbox"/>	
ANOMALIAS DENTALES				
NUMERO:	anodoncia <input type="checkbox"/>	supernumerario <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>	
TAMAÑO:	microdoncia <input type="checkbox"/>	macrodoncia <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>	
FORMA:	fusión <input type="checkbox"/>	geminación <input type="checkbox"/>	dens ivaginatus <input type="checkbox"/>	dens evaginatus <input type="checkbox"/>
	Normal <input type="checkbox"/>			
ESTRUCTURA:	hipoplásico <input type="checkbox"/>	hipocalcificado <input type="checkbox"/>	hipomaduro <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>

ARTICULACION DE FONEMAS					
FONEMAS		SUSTITUCION	OMISION	DISTORCION	PRON. NORMAL
GR	GRIFO				
TR	TRES				
M	MARINERO				
RR	CARRO				
P	PAPAYA				

ANNEX
SO

3

HÁBITOS QUE PROVOCAN MALFORMACIONES



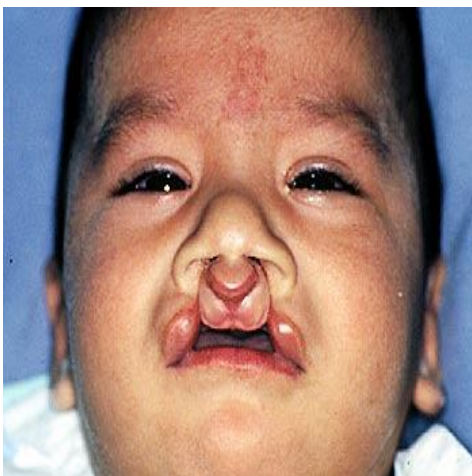
FRENILLO LABIAL SUPERIOR HIPERTRÓFICO



LABIO FISURADO

BILATERAL

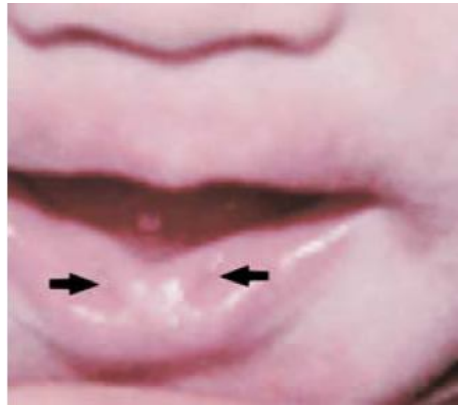
UNILATERAL



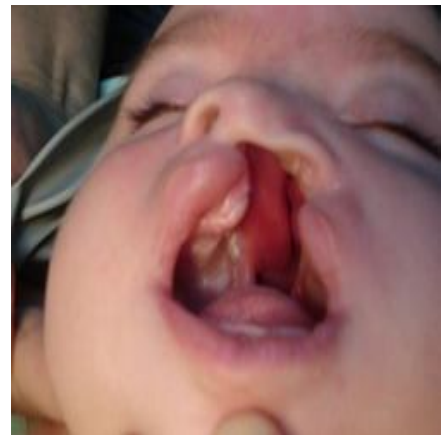
DOBLE LABIO



FOSAS LABIALES NGENITAS



PALADAR FISURADO



PALADAR OJIVAL



TORUS PALATINO



MICROGLOSIA



MACROGLOSIA



FRENILLO LINGUAL



ANOMALIAS DENTALES

MICRODONCIA



MACRODONCIA



FUSIÓN



AGENESIA



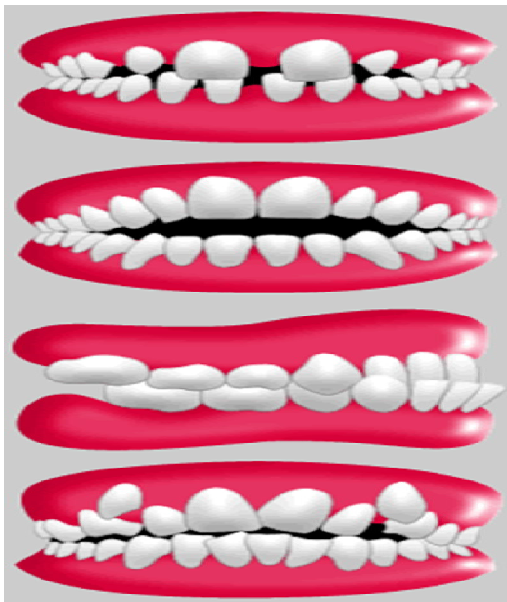
HIPOCALCIFICACION





























E HIPOPLASIA DEL ESMALTE DENTAL



CONSECUENCIAS DEL SINDROME DE RESPIRADOR BUCAL



EJERCICIOS BUCOFONATORIOS

		
La lengua toca los dientes de arriba por dentro	La lengua toca los dientes de abajo por dentro	Chupar el labio superior
		
Chupar el labio inferior	Chupar los dientes de arriba por fuera	Chupar los dientes de abajo por fuera
		
Lengua estrecha	Lengua ancha	Meter y sacar la lengua rápido - despacio
		
Hinchar la mejilla izq. y meter la derecha	Hinchar la mejilla dcha. y meter la izquierda	Llevar la mandíbula a la dcha.
		
Llevar la mandíbula a la izquierda	Enseñar las muelas de la derecha	Enseñar las muelas de la izquierda
		
Besar	Mascar a la derecha	Mascar a la izquierda
		
Abrir la boca	Cerrar la boca	Sonreír
		
Hinchar las mejillas	Meter las mejillas	Morro
		
Enseñar los dientes	Sacar la lengua	Esconder la lengua

ANNEX
SO

4

LLENADO DE DATOS DE LA FICHA DE OBSERVACIÓN



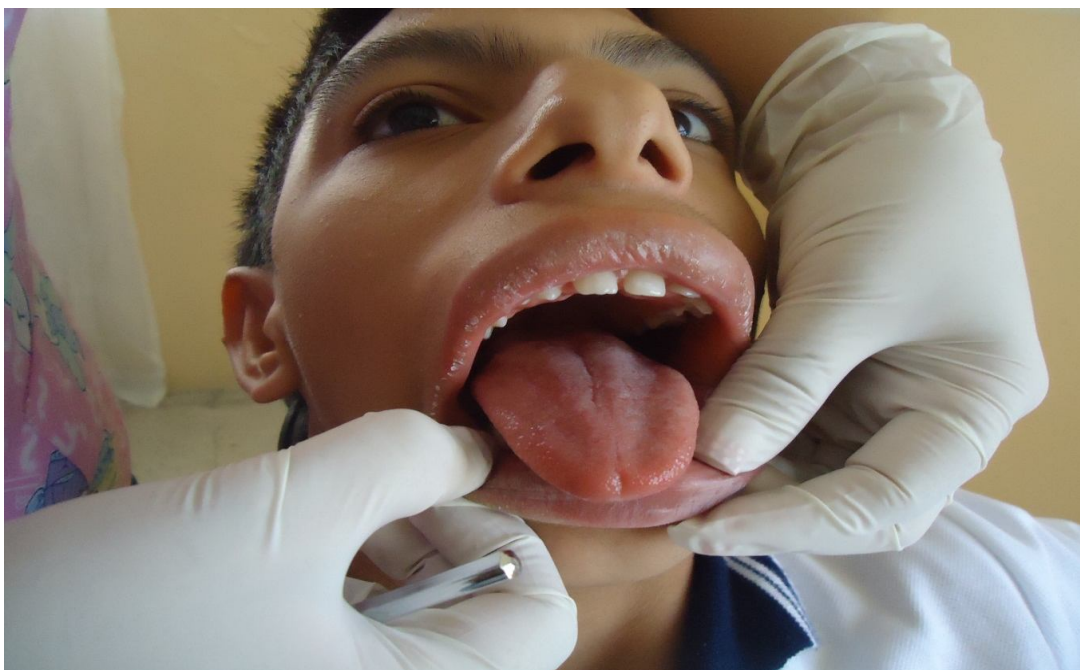
REALIZANDO LA EXPLORACIÓN DE LOS ÓRGANOS BUCOFONATORIOS



REALIZANDO LA EXPLORACIÓN DE LOS ÓRGANOS BUCOFONATORIOS



REALIZANDO LA EXPLORACIÓN DE LOS ÓRGANOS BUCOFONATORIOS



REALIZANDO LA EXPLORACIÓN DE LOS ÓRGANOS BUCOFONATORIOS



REALIZANDO LA EXPLORACIÓN DE LOS ÓRGANOS BUCOFONATORIOS



REALIZANDO LA EXPLORACIÓN DE LOS ÓRGANOS BUCOFONATORIOS



REALIZANDO LA EXPLORACIÓN DE LOS ÓRGANOS
BUCOFONATORIOS



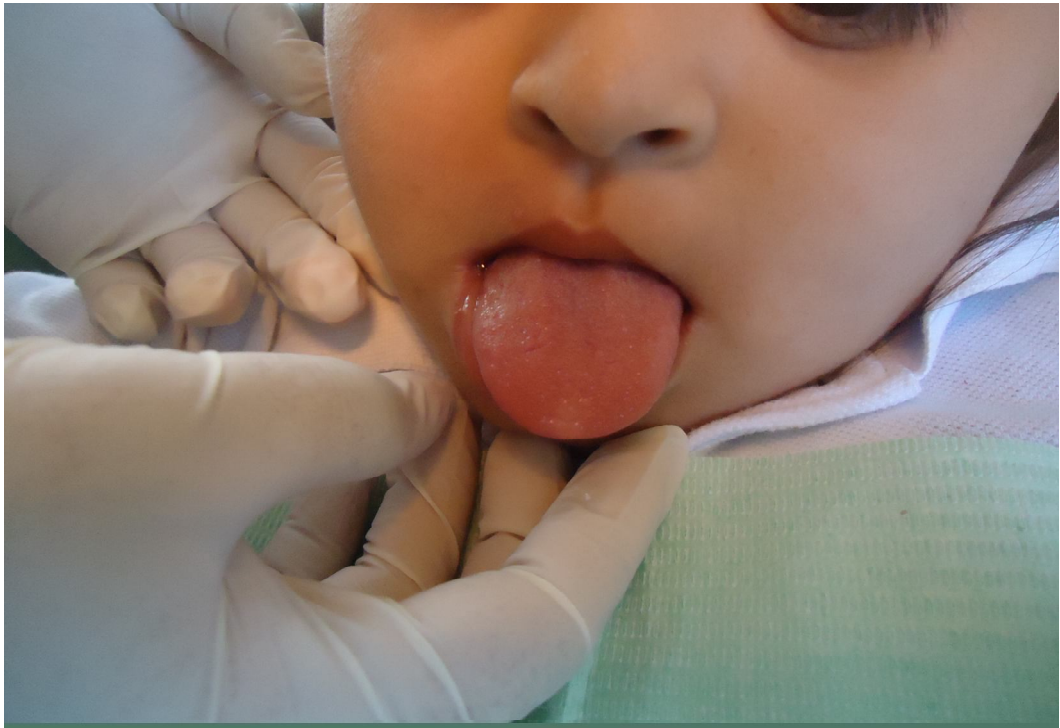
REALIZANDO LA EXPLORACIÓN DE LOS ÓRGANOS BUCOFONATORIOS



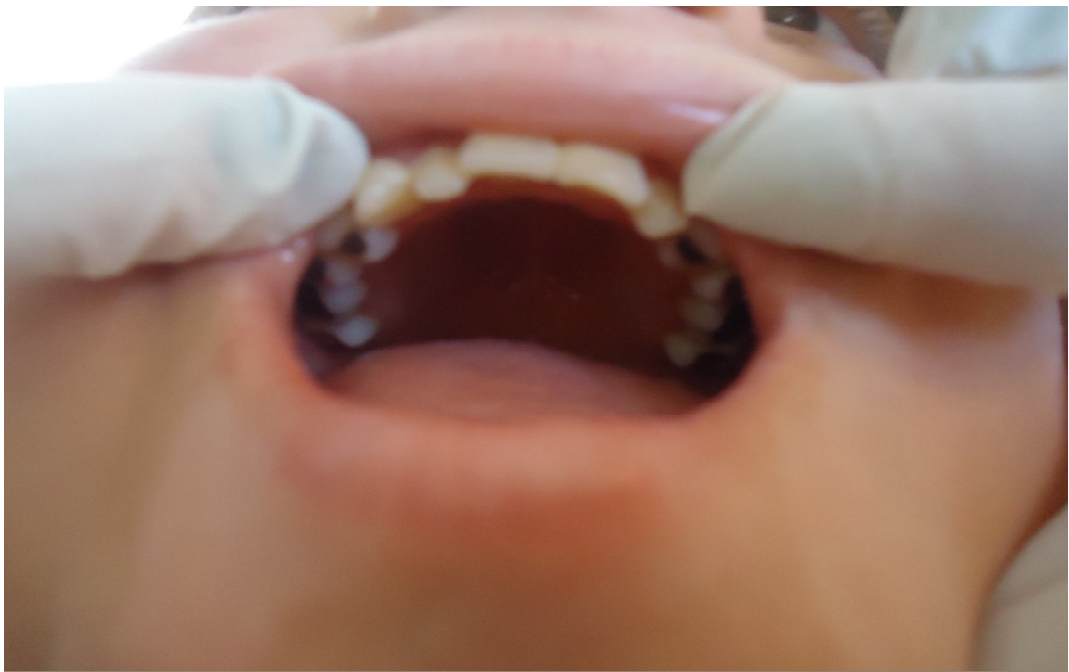
REALIZANDO LA EXPLORACIÓN DE LOS ORGANOS BUCOFONATORIOS



REALIZANDO LA EXPLORACIÓN DE LOS ÓRGANOS BUCOFONATORIOS



REALIZANDO LA EXPLORACIÓN DE LOS ÓRGANOS BUCOFONATORIOS



REALIZANDO LA EXPLORACIÓN DE LOS ÓRGANOS BUCOFONATORIOS



ESTUDIANTES DEL INSTITUTO



REALIZACIÓN DE LAS ENCUESTAS A LOS PADRES DE FAMILIA



LLENADO DEL FORMULARIO DE ENCUESTAS A LOS PADRES DE FAMILIA DEL INSTITUTO



CHARLAS EDUCATIVAS DIRIGIDAS A LOS PADRES



CHARLAS EDUCATIVAS DIRIGIDAS A LOS PADRES



CHARLAS EDUCATIVAS DIRIGIDAS A LOS PADRES



ENTREGAS DE LOS TRIPTICOS



ENTREGA DE GIGANTOGRAFÍA A LAS AUTORIDADES DEL INSTITUTO



ENTREGA DE GIGANTOGRAFÍA A LAS AUTORIDADES DEL INSTITUTO



BUSTO Y ALTAR DE DOÑA MARÍA BUITRÓN DE ZUMÁRRAGA



ALTAR DE DOÑA MARÍA BIUTRÓN DE ZUMÁRRAGA

