

Conecciones entre la alineación dental y la posición de la lengua

Traducido por: Jacky Habif, SLP

Publicado por Robyn Merkel-Walsh, MA, CCC-SLP, and Sara Rosenfeld-Johnson, MS, CCC-SLP en *Speech-Language Pathologists & Audiologists* el 8 de septiembre del 2003 en el Vol. 13, tema 36, página 9.

La lengua es sin duda alguna el músculo más fuerte y único del cuerpo humano. Es el único músculo que tiene un punto de inserción y un final que busca la estabilidad intrínseca dentro de la cavidad bucal. Terapeutas de habla y lenguaje han aprendido que la movilidad de la lengua es esencial para la precisión articulatoria. Los dentistas hablan acerca del impacto de la lengua en la alineación dental. ¿Porqué estas profesiones no han estudiado ambos factores de la lengua en sus programas educacionales?

La lengua es responsable de los movimientos finos disociados necesarios para ser capaces de hablar y deglutir efectivamente. Su sistema sensorial capta la temperatura y el sabor y es una herramienta importante en la introducción de objetos en la boca, en la integración sensorial y en la exploración. La posición de reposo de la lengua moldea al tejido duro de la boca. Si la lengua está baja y plana en la boca a consecuencia de una respiración bucal, ésta puede ser causada por una variedad de factores (bajo tono muscular, debilidad muscular, bloqueo nasal o adenoides crecidas), entonces, habrá cambios en el desarrollo estructural del paladar duro y de los dientes.

La lengua puede compararse con las olas del oceano cubriendo la arena o con las impresiones hechas por una llanta sobre pavimento fresco, las marcas son claramente visibles y fácilmente se observa cómo coinciden con el agresor. Si la marea está alta y la arena está mojada, por ende hay menos espacio en la playa. Científicos forenses han podido aparear las huellas de las llantas con la marca y modelo de un automóvil.

De manera similar los terapeutas de habla y lenguaje pueden determinar si la lengua ha causado impacto en los dientes. Al observar los dientes de un niño, se puede ver dónde está dejando sus marcas la lengua. La lengua anterior o interdental resulta en maloclusiones funcionales dentales, incluyendo la sobremordida, la mordida baja, la mordida abierta, los dientes salidos y los espacios entre dientes. Entonces, ¿porqué es tan difícil determinar la necesidad de una terapia oromotora para un paciente con desajustes y/o anomalías dentales?

Un problema es que algunos creen que las oclusiones dentales son heredadas y que sólo pueden ser tratadas por intervenciones dentales (ortodoncia). Los terapeutas de habla y lenguaje buscan las relaciones de causa y efecto y cómo un desorden ocurre y puede ser remediado. Los ortodoncistas principalmente están preocupados en la alineación de los dientes y con las intervenciones necesarias para una mejor oclusión.

Al reconocer que el empuje de lengua impacta los dientes, es una creencia desafortunada y errónea el pensar que conforme los arcos dentales cambien de posición, la lengua también lo hará. Esto es un malentendido, ya que algunos niños tienen dientes que lucen bellos cuando los frenos son removidos, pero al poco tiempo, hay una regresión del alineamiento y de los espacios entre dientes. Estos casos son referidos a terapia de habla para corregir el empuje de lengua como un procedimiento secundario cuando en realidad la terapia debió de haber empezado mucho antes.

El segundo problema es que el trabajo ortodóntico es considerado como cosmético y no como funcional. Los terapeutas de habla y lenguaje ven a los dientes como una parte del sistema oromotor responsable del habla y la deglución. Si la maloclusión dental está en evidencia, el terapeuta analiza el impacto que ésta tiene en las posturas de la mandíbula en reposo, en el habla y en la masticación.

Cuando una terapia oromotora o miofuncional es recomendada por una maloclusión dental, la suposición es que es un procedimiento terapéutico opcional cuando en realidad es la propia raíz intrínseca del problema. El empuje de lengua y una mala postura lingual en reposo no constituye una cuestión cosmética sino funcional. Una postura de boca abierta resulta en una mala filtración del aire que no tiene acceso a los cornetes nasales, que filtran las impurezas. Una postura de boca abierta y posturas de protrusión lingual en reposo pueden provocar resequedad bucal, caries y problemas articulatorios.

Finalmente, el problema más difícil es el pronóstico. Muchos terapeutas y ortodoncistas no creen que la terapia de habla, enfocada en corregir el empuje lingual, va a cambiar la alineación dental, sin embargo, ésta puede ser medida fácilmente en milímetros utilizando un calibre. Esta regla de acero inoxidable permite al terapeuta medir cambios orofaciales, incluyendo espacios entre los arcos maxilares y mandibulares. Además, el progreso es medido por las habilidades adquiridas en la terapia de habla como cierre de labios, retracción de lengua y estabilidad mandibular. Estas habilidades oromotoras son indispensables para llevar a cabo una relación positiva entre la lengua y los dientes.

Por ejemplo, la Jerarquía de Popotes de Talk Tools™ está diseñada para facilitar la deglución con una posición adecuada de labios y lengua, eliminando por lo tanto la protrusión de lengua. Este programa puede ser usado con clientes de todas las edades y niveles cognitivos. El progreso se indica por el dominio del popote en ocho niveles secuenciales. El programa SMILE, diseñado para pacientes con protrusión o empuje de lengua de 7 años en adelante, mide el progreso por la realización de los ejercicios en 14 lecciones secuenciales. Así como los ortodoncistas miden las relaciones dentales, los terapeutas de habla y lenguaje pueden medir fácilmente el éxito en la corrección del empuje de lengua cuando usan un programa efectivo que incluye varios niveles.

Con el reconocimiento que tiene el impacto de la lengua en los dientes, los terapeutas de habla y lenguaje y los ortodoncistas deberían trabajar juntos en la determinación de lo siguiente:

¿La maloclusión dental es estructural o funcional; es secundaria a una posición anormal o a un mal funcionamiento de lengua?

¿Es apropiado el corregir las cuestiones oromotoras/miofuncionales antes de introducir los aparatos de ortodoncia?

¿Los terapeutas de habla y lenguaje podrán trabajar en el trastorno miofuncional con el aparato ortodóntico puesto?

Una vez que estas preguntas son contestadas, el terapeuta de habla y lenguaje y el ortodoncista deberán consultarse regularmente con respecto a los cambios en funcionalidad y estructura.

Este diálogo profesional será esencial para asegurarse de que el cliente está recibiendo el máximo beneficio de ambos tratamientos, el ortodóntico y el terapéutico.

Sara Rosenfeld-Johnson es la fundadora de *Innovative Therapists International (ITI)* y de *Sara R. Johnson Oral-Motor Speech & Language Associates*, especializada en el diagnóstico y tratamiento oromotor basado en los trastornos de alimentación y habla. Ambos domiciliados en Tucson, Az. Puede contactarse a través de OromotorSP@aol.com o en línea en www.talktools.net. Robyn Merkel, empleada de tiempo completo de *Ridgefield Board of Education*; tiene un consultorio privado en Bergen County, NJ, especializado en trastornos oromotores y miofuncionales en niños y es miembro de *ITI Speakers Bureau*. Puede contactarse en Robynslp95@aol.com.

REFERENCIA ORTODONTICA Copyright ©2003 TalkTools® / Innovative Therapists International

Estimado Dr. _____,

Estoy escribiendo respecto a mi cliente _____ a quien evalué por cuestiones oromotoras y de habla.

La evaluación de _____ revela cuestiones dentales que quisiera sean atendidas por ud.

Como debe saber, hay una clara relación entre la postura oral en reposo, los patrones de deglución y la relación entre los dientes. La protrusión o empuje de lengua y las posturas inadecuadas en la posición de reposo de la lengua dan como resultado un desalineamiento funcional de los dientes. Por ejemplo, si la punta de la lengua descansa entre los incisivos superiores e inferiores, o empuja durante la deglución, se da como resultado una mordida abierta.

En la evaluación oromotora de este cliente, fueron observados las siguientes cuestiones dentales:

Diastemas/Espacios
Maloclusión Clase I
Maloclusión Clase II
Maloclusión Clase III
Mordida Abierta

Mordida Cruzada
Resalte
Espacios Torcidos o Chuecos
Paladar Estrecho
Paladar Alto