

Educación. Mención Audición y Lenguaje

**M<sup>a</sup> Carmen Lamata Molina**

Magisterio Educación Infantil/ Magisterio Educación Primaria.  
Alteraciones de la voz y la articulación



# ALTERACIONES DE LA VOZ Y LA ARTICULACIÓN

## LA DISGLOSIA (I)

Versión	Fecha	Motivo de modificación	Elaboración	Revisión	Aprobación



GLOBAL CAMPUS  
**NEBRIJA**



<b>Índice</b>	<b>3</b>
1. ¿Cómo estudiar el tema?	¡Error! Marcador no definido.
2. Esquema del tema	4
3. Desarrollo de contenidos: la disglosia	5
3.1. Concepto de disglosia	6
3.1. 1. Definición y diagnóstico diferencial	7
3.2. Tipos de disglosia (Parte I)	8
3.2.1. Disglosia labial	8
3.2.2. Disglosia mandibular	16
3.2.3. Disglosias dentales	20
4. Referencias bibliográficas	27
5. Bibliografía	27

<b>Índice de figuras</b>	<b>3</b>
<i>Figura 1:</i> Diagnóstico diferencial de los principales trastornos de la articulación	7
<i>Figura 2.</i> Labio Leporino unilateral (Tresserra, 2008: p. 77)	10
<i>Figura 3.</i> Labio Leporino bilateral (Tresserra, 2008: p. 75)	10
<i>Figura 4.</i> Labio Leporino unilateral, antes de la intervención y evolución posterior (Tresserra, 2008)	11
<i>Figura 5.</i> Frenillo hipertrófico (Magaly y Pillajo, 2013: p. 66)	12
<i>Figura 6.</i> Fisura labio inferior (Jin Shi y Junrui Zhang, 2014: p.37)	13
<i>Figura 7.</i> Macrostomía bilateral (Pacheco, Lorca-García, Berenguer y De Tomás, 2016: p. 42)	13
<i>Figura 8.</i> Diferentes tipos de disglosia labial	16
<i>Figura 9.</i> Atrosia mandibular. (Jimeno, 2012: p.22)	18
<i>Figura 10.</i> Progenie mandibular. (Jimeno, 2012: p.22)	19
<i>Figura 11.</i> Disostosis maxilofacial. (Santana y Tamayo, 2015: pp.465-466)	20
<i>Figura 13.</i> Disglosia dental. (Magaly y Pillajo, 2013: p. 69)	21
<i>Figura 14.</i> Diferentes tipos de maloclusión. Clasificación de Angle (1899), (Almandoz, 2011: p.21)	24
<i>Figura 15.</i> Diferentes tipos de disglosias dentales	26

<b>Índice de tablas</b>	<b>3</b>
Tabla 1: Clasificación de Labio Leporino de Veau. (Perelló, 2013: p. 66)	9

## 1. ¿Cómo estudiar este tema?

---

En el presente tema se inicia el estudio de la disglosia. Las disglosias son alteraciones del lenguaje oral provocadas por anomalías o malformación de algunos de los órganos encargados de la articulación de los fonemas. Su origen puede ser congénito o adquirido. Se nombran diferentes tipos de disglosia en función del lugar donde se produce la lesión, anomalía o malformación que afecta la producción fonemática. Por ser un tema amplio en vocabulario y conceptos se divide en dos unidades diferentes:

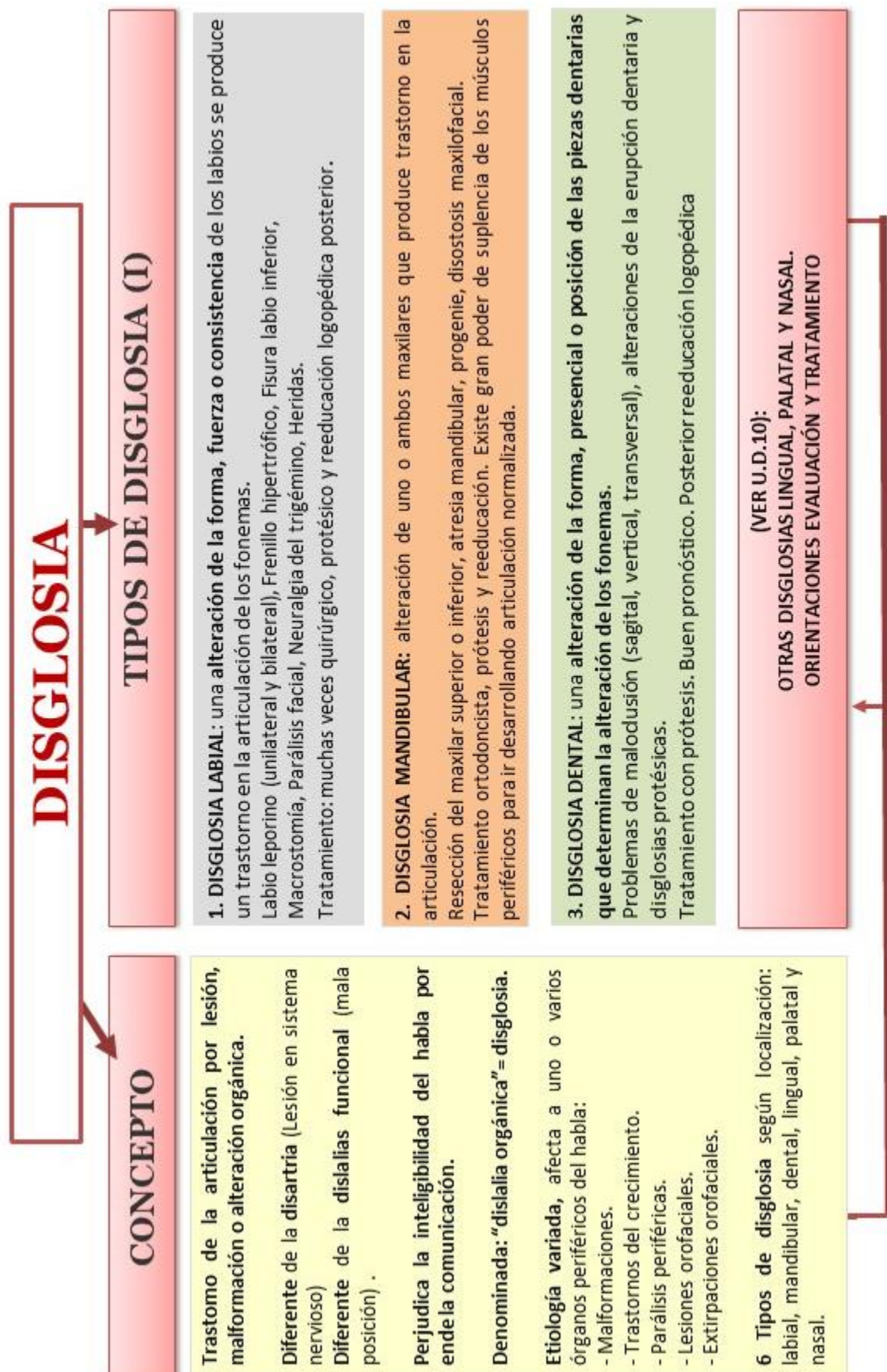
- En la presente unidad (U.D. 9) se aborda el estudio de la **disglosia en relación a su concepto y diagnóstico diferencial**. También se inicia la descripción de tres de los seis tipos de disglosia que más frecuentemente establecen los autores: **disglosias labiales, mandibulares y dentales**.
- En la unidad siguiente (U.D. 10) se continúa la descripción de tres tipos más de **disglosia: linguales, palatales y nasales**; así como se proporcionan orientaciones para la **evaluación y tratamiento de las disglosias**.

Para facilitar el estudio se han incluido una serie de imágenes y gráficos que permiten mejorar la comprensión de los conceptos expuestos. Al terminar la descripción de los diferentes tipos de disglosia se realiza un esquema de los subtipos mencionados.

Antes de comenzar el estudio de la unidad, puede leerse el esquema inicial de las unidades 9 y 10 para tener una visión de conjunto sobre los conceptos y apartados que se desarrollan en ambas. Después se recomienda el estudio continuado de las dos unidades. Las ideas más importantes se destacan en negrita. Finalmente, realiza las preguntas del test y la actividad propuesta.

A final del tema encontrarás las referencias bibliográficas de los autores que se han mencionado así como la bibliografía básica por si quieres ampliar o saber más sobre la disglosia.

## 2. Esquema del tema



### 3. Desarrollo de contenidos: la disglosia

---

Las dislalias, disartrias y disglosias son **trastornos de la producción** de las unidades fonéticas que componen el habla. En unidades anteriores se ha abordado el estudio de las dislalias y las disartrias, explicando el concepto, la etiología y las tipologías que se realizan dentro de dicha alteración. En la presente tema se inicia el estudio de la disglosia, que en algunos manuales se presenta como “**dislalia orgánica**”, pero que, considerando su específica etiología y las necesidades diferentes de su tratamiento, predomina en los estudios más recientes, la concepción de la misma como un trastorno del habla con entidad propia.

La cavidad bucal y sus anexos tienen un papel fundamental en la fonación, por ello, las anomalías que se producen pueden intervenir en el **mecanismos de expresión oral y la correcta articulación del lenguaje**.

Lanuay y Borel-Maisonny (1986) señalan como (p.291):

- Para las **consonantes**, el sonido emitido en la laringe es articulado por los **músculos de la boca y el velo**.
- Para las **vocales**, el sonido laríngeo es modificado por las **cavidades orales**, aunque para algún sonido se añade la **cavidad nasal**.
- La **permeabilidad nasal** tiene un papel en la articulación de las **consonantes nasales** /m, n, ñ/ y en el timbre de las vocales nasales.

De ahí, que los autores señalan la **importancia desde el punto de vista fonético**, de la integridad de las paredes de la cavidad oral y los relieves interiores, porque en dichas estructuras, el sonido laríngeo puede verse modificado bajo forma de soplos y explosiones. También comentan algunas implicaciones de las anomalías de lengua o mejillas y destacan la importancia del velo del paladar como órgano esencial de la emisión de la palabra articulada. De la misma forma, señalan la relevancia de la normooclusión de las piezas dentarias para que no se den defectos en la articulación.

Las disglosias se producen cuando se altera la **integridad anatómica de alguno de los órganos implicados en el habla**, viéndose afectada su forma, longitud, movilidad y fuerza muscular. Así pueden estar afectados los labios, las mandíbulas, los dientes, la lengua y el paladar, generando o dando lugar a diferentes tipos de disglosias.

Torres Moreno (2010) señala que actualmente las dificultades y/o alteraciones del habla están teniendo una gran importancia en la escuela. Los defectos en la articulación **repercuten en la calidad e inteligibilidad del discurso del alumno y perjudican su comunicación**. Estos problemas, de no ser atendidos convenientemente afectan la expresión de ideas, emociones, sentimientos, deseos y necesidades que el niño realiza e interfieren en la adaptación social y las relaciones que establece con adultos y con sus iguales.



### 3.1. Concepto de disglosia.

Según Perelló (2013) las disglosias son **trastornos de la articulación de los fonemas** causados por **alteraciones de los órganos periféricos del habla y de origen no neurológico central**. Pueden tener varias causas y se localizan en diferentes órganos del habla, únicas o asociadas. En relación al momento en que se producen las alteraciones, pueden diferenciarse entre las malformaciones congénitas, los trastornos del crecimiento, las parálisis periféricas, traumatismos y sus consecuencias.

Torres Moreno (2010) también define las disglosias como **alteraciones del lenguaje oral** provocadas por determinadas anomalías o malformación de algunos de los órganos encargados de la articulación de los fonemas. Indicando a su vez que las causas pueden ser congénitas o adquiridas. La autora señala, que desde el punto de vista logopédico, interesa la localización **del órgano responsable de la disfunción** articulatoria para verificar su grado de afectación. De hecho, asume como el criterio comúnmente admitido para clasificar las disglosias la identificación del grado de afectación del órgano responsable de la articulación defectuosa de los fonemas.

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.

Entre las causas más comunes de la disglosia se encuentran (Torres Moreno, 2010: p.2):

- **Malformaciones congénitas craneoencefálicas:** son un defecto evidente desde el nacimiento, que se genera en la etapa embrionaria por causas hereditarias o ambientales. En función del momento en que se producen durante la gestación son más o menos graves sus consecuencias. Pueden afectar a nivel de piel, cerebro o cráneo. Si se producen en el primer trimestre se suele dificultar la formación del tubo neural y tienen grandes repercusiones.
- **Trastornos del crecimiento:** afectan a los órganos periféricos del habla, tanto por exceso, como por defecto. Ej. Síndrome abléfaron-macrostromía.
- **Parálisis periféricas:** falta de movilidad de alguno de los órganos periféricos del habla. Una de las más comunes es la facial, síndrome agudo con debilidad de la musculatura facial por afectación del nervio facial. En la mayoría de los casos es unilateral.
- **Lesiones orofaciales debidas a traumatismos:** se genera lesión en uno o varios órganos implicados en el habla por distintas etiologías. Ej. mordeduras humanas, por animales, accidentes automovilísticos, heridas faciales, fracturas panfaciales, pérdidas de tejidos por traumatismos varios, etc...
- **Extirpaciones orofaciales:** pérdida de parte de tejido o extirpación de órgano periférico del habla por necesidad mediante intervención quirúrgica.

**El criterio** que se utiliza para diagnosticar la disglosia es la presencia en la persona de **problemas para articular fonemas debido a la malformación orgánica**.

### 3.1.1. Diagnóstico diferencial

Anteriormente las disglosias se llamaban *dislalias orgánicas*. Etimológicamente dislalia procede del griego: *dis*= dificultad y *lalia*: habla. De ahí, que las perturbaciones y defectos en la pronunciación de uno o varios fonemas responden a dicha denominación. Pero, en la actualidad, el mayor volumen de investigaciones sobre el campo de los trastornos del lenguaje, habla y de la voz, han ido evolucionando en la manera de nombrar estos trastornos.

En este sentido, en el ámbito logopédico se suele **reservar el término dislalia** para denominar aquellas alteraciones de la articulación producidas por un mal funcionamiento de los órganos articulatorios. Cuando estos defectos en la expresión se mantienen una vez superada la fase de desarrollo del lenguaje, y el niño tiene la suficiente madurez cerebral y del aparato fonoarticulador, así como ha recibido una educación y estimulación lingüística adecuada, se consideran un trastorno funcional del habla (a partir de los 4 años aproximadamente). De lo contrario, si se producen antes y progresivamente se van superando, se entiende que forma parte de las dislalias evolutivas o fisiológicas, propias del proceso de adquisición de una lengua.

Cuando las dislalias se deben a una causa localizable, se diferencian dos categorías diagnósticas: se emplea el término **disartria** para aquellas alteraciones en la articulación que se deben a lesiones en el sistema nervioso central o periférico. Cuando las alteraciones son secundarias a la malformación de los órganos fonoarticulatorios, se habla de **disglosia**. De hecho, las disglosias pueden diagnosticarse antes de terminar el proceso de adquisición del lenguaje, si se dan los criterios propios, ya que se conocen las implicaciones de determinados defectos anatómicos sobre la producción del lenguaje oral (Ej. Labio leporino).

No se consideran disglosias las alteraciones de la expresión oral derivadas de lesiones o malformaciones en las diferentes estructuras del sistema auditivo. Este tipo de alteraciones del lenguaje oral se engloban dentro de las hipoacusias, como trastorno primario que implica repercusiones sobre la voz, el habla y el desarrollo lingüístico y comunicativo de la persona, en función del tipo y grado de sordera. Algunos autores hablan de “dislalias audiógenas” cuando la causa de la mala articulación es la pérdida de sensibilidad auditiva del sujeto (Gallego, 1999: p.63).



*Figura 1:* Diagnóstico diferencial de los principales trastornos de la articulación.



## 3.2. Tipos de disglosia

Perrelló y Tresserra (1990) señalan que las **causas de las disglosias pueden ser variadas**, en función de qué órgano periférico del habla presente malformación, lesión o anomalía. Además, pueden presentarse de forma **única o asociada**.

La mayoría de los autores que abordan el tema de la disglosia en la literatura específica, basan la clasificación del trastorno en función de la localización de la malformación o lesión en la persona (Perrelló, 1990; Gallardo y Gallego, 1993; Hernández y Toro, 2007; Torres Moreno, 2010; Coll Florit 2013). En base a la revisión de los mismos se presentan y describen a continuación los diferentes tipos de disglosia. A nivel general podemos diferenciar **seis categorías diferentes**:

1. **Disglosia labial**
2. **Disglosia mandibular**
3. **Disglosias dentales**
4. **Disglosia lingual**
5. **Disglosia palatina**
6. **Disglosia nasal**

### 3.2.1. Disglosia labial

Launay y Borel-Massony (1986) señalan que labios pueden ser largos o cortos, delgados o gruesos, fruncidos o befos, musculosos o blandos, cicatriciales o elásticos. Todos estos detalles son importantes respecto al habla. Cuando, debido a una **alteración de la forma, fuerza o consistencia** de los labios se produce un trastorno en la articulación de los fonemas, se denomina disglosia labial.

Entre las causas más frecuentes son:

#### a) **Labio leporino:**

Es un defecto o malformación orofacial congénito. La prevalencia de este trastorno en Europa es del 1‰ nacimientos. Siendo menor en poblaciones negras y mayor en las asiáticas (2-3%) (Coll Florit, 2013: p.65). Se presenta en una frecuencia del 4% entre hermanos, del 7‰ entre parientes de segundo grado y del 2-3‰ entre parientes de tercer grado.

Dentro del labio leporino existen muchas variedades y diferentes grados de afectación. El trastorno puede ir desde la simple depresión del labio hasta la hendidura total. En este sentido, se puede diferenciar entre:

- **Labio leporino simple.**

- **Labio leporino total.** Que suele acompañarse de hendidura alveolar y fisura palatina.

A su vez, la malformación que es de tipo lateral puede presentarse:

- De forma **unilateral: afecta a un solo lado.**
- De forma **bilateral cuando afecta a los dos.**

Perelló (2013) señala que de la combinación de dichas variables se suceden múltiples clasificaciones, el autor se basa en la clásica de V. Veau para arrojar los siguientes datos:

Tipología clásica de Veau, V. Labio Leporino	
Labio leporino unilateral simple (LUS)	33%
Labio leporino unilateral total (LUT)	48%
Labio leporino bilateral simple (LBS)	7%
Labio leporino bilateral total (LBT)	12%
Labio leporino medio	Muy poco frecuente

Tabla 1: Clasificación de Labio Leporino de Veau. (Perelló, 2013: p. 66).

**En el labio malformado existen todos los elementos anatómicos del labio normal, pero estos están desplazados y muchas veces son hipoplásicos.**

Gallardo y Gallego (1993) señalan que como consecuencia de estas malformaciones congénitas (en cualquiera de sus formas), el habla del sujeto se afecta. Especialmente se dan alteraciones en los fonemas consonánticos labiales (/b/, /p/, /m/) así como en la articulación de los fonemas vocálicos posteriores o velares (/u/, /o/). Por lo que normalmente, en estos casos es necesario tanto la intervención quirúrgica como la reeducación logopédica.

A nivel más específico, Coll Florit (2013) señala que:

- **En el labio leporino unilateral,** la narina del lado afectado está mal orientada y, en general, en dirección horizontal. El ala está aplanada, descendida, su implantación es más posterior y exterior a lo normal. La columela es corta, y junto con el tabique, está desviada hacia el lado sano. La pirámide nasal puede ser hipertrófica en todas sus dimensiones.



*Figura 2. Labio Leporino unilateral (Tresserra, 2008: p. 77)    Figura 3. Labio Leporino bilateral (Tresserra, 2008: p. 75)*

- **En el labio leporino bilateral**, la parte central es hipoplásica, tanto en su parte cutánea como en la mucosa. Existe también una falta de altura y de espesor debido a que el orbicular del labio superior no se ha desarrollado en esta zona. El hueso intermaxilar suele ser prominente, lo que dificulta aún más la articulación. El labio superior queda inmóvil durante el habla, pero la movilidad del inferior es normal.

La situación de los músculos labiales hace que su contracción tienda a separar más la hendidura labial. Se pueden separar las comisuras labiales, pero la protrusión del labio superior hacia adelante, como en las vocales /o/ y /u/, es imposible.

En los labios leporinos bilaterales cortos, insuficientes y poco carnosos es imposible articular /b/ o /p/. En estos casos los fonemas bilabiales se producen por contacto de la lengua y el maxilar superior, y en la /m/ por un golpe de glotis.

- **Labio leporino medio o central:** se produce a expensas de la falta de unión de los dos mamelones nasales internos. Es una malformación poco frecuente. La atrofia puede llegar a ser desde una simple escotadura media labial a extenderse por todo el tubérculo medio, creando una amplia hendidura, que interesa las dos fosas nasales. Es poco frecuente.

Existe cierta polémica sobre cuál es la mejor edad para operar a los niños que presentan labio leporino. Las dos tendencias principales son realizar la operación al nacer o demorarla para proceder a la misma al cabo de unos meses. Tanto Gallego y Gallardo (1993) como Coll Florit (2013) señalan como edad ideal para la intervención, los seis meses de edad.

Perelló (2013) señala que:

- a) En relación a la operación al poco del nacimiento:
  - La ventaja de la operación precoz (al poco del nacimiento) es que los padres no sufren la visión de la deformidad.
  - Las desventajas de la operación precoz son la mayor fragilidad del niño ante una operación y la falta de tiempo para estudiar bien al niño. En muchos de los casos se presentan malformaciones asociadas que es necesario tener en cuenta.

Además, las referencias anatómicas del labio en las que se basa su reconstrucción se conocen y se puede plantear un tratamiento ortopédico antes de la operación. Para poder operar después sobre un labio mucho más desarrollado que cuando el cirujano se limitaba a refrescar los bordes de la fisura y suturar directamente.

b) En cuanto a la operación tardía:

- La desventaja es que los padres han de habituarse a la visión de la malformación en el niño. Pero lo más frecuente es que esta adaptación se produzca a los pocos días y no suponga un problema.
- Las ventajas, son la mayor fortaleza del niño para soportar la intervención y el mejor conocimiento del caso y todas las implicaciones o trastornos que pueden ir asociados.

La **edad ideal para el cierre del labio es de alrededor de los 6 meses**. La operación se dirige a la reconstrucción del labio para conseguir un labio superior normal, tanto desde el punto de vista estético como funcional.



*Figura 4. Labio Leporino unilateral, antes de la intervención y evolución posterior (Tresserra, 2008: p. 79)*

Una vez realizada la **intervención, es necesario ejercitar** el labio suturado. Algunas de las recomendaciones para ello son:

- En bebés: uso constante del chupete, masaje y movilización pasiva.
- En niños de edad infantil: reeducación logopédica. Ej: practicar juegos y ejercicios de soplar y chupar, propulsión y retracción de labios y, finalmente la articulación de los fonemas labiales /m/, /p/, /b/ y /f/.

#### **b) Frenillo labial superior hipertrófico:**

El frenillo labial 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. Como patología es relativamente frecuente y va a asociada a la disglotia por diferentes motivos:

- Impide la movilidad normal del labio superior y produce una separación de los incisivos centrales. Por ello aparece una **dificultad en la articulación de los fonemas /u/, /p/, /b/ y /m/**.
- Las **bilabiales son sustituidas por la labiodental /f/**.
- También resulta difícil, o incluso imposible, sorber líquidos a través de un tubito.

Perelló y Tresserra (1990) señalan que sólo **se considera patológico un frenillo cuando existe un retraso o imposibilidad de erupción de los dientes laterales o caninos** que pueda ser atribuido a dicho frenillo. En estos casos, el **tratamiento ha de ser quirúrgico**. Se procede a la resección y alargamiento del frenillo por procedimiento de una Z plastia. Cuando impide la erupción de los dientes, la técnica de elección es la frenicectomía. El cirujano debe colaborar con el ortodoncista, para comenzar el cierre del espacio interincisivo lo más precozmente posible. La frenicectomía se puede realizar bajo anestesia local o general, si el niño es pequeño o no es posible su colaboración Coll Florit (2013).

No obstante; Gallardo y Gallego (2013) recomiendan, que si los problemas de dicha anomalía se limitan a la disglosia asociada, es más conveniente no realizar la intervención y trabajar desde técnicas de reeducación logopédica que van a permitir lograr una articulación correcta o prácticamente normalizada de los fonemas.

En ocasiones, la simple presión hacia la línea media que ejercen los incisivos laterales y los caninos (temporales y permanentes) en el momento de su erupción, suele causar el cierre del diastema sin necesidad de intervención ortodóncica ni quirúrgica.



*Figura 5. Frenillo hipertrófico (Magaly y Pillajo, 2013: p. 66).*

### c) Fisuras del labio inferior:

La podríamos llamar labio leporino inferior, y suele ir acompañada muchas veces de labio leporino superior, pero también puede ir aislada. Suele aparecer **en la línea media**.



*Figura 6. Fisura labio inferior (Jin Shi y Junrui Zhang, 2014: p.37).*

#### **d) Macrostomía:**

La macrostomía o alargamiento de la hendidura bucal suele ir muchas veces asociada a malformaciones del oído externo por afectación del primer arco branquial (malformaciones en el pabellón auricular). También se dan casos donde la macrostomía concurre con afectación de mandíbula y ojos.

La macrostomía se encuentra generalmente de forma unilateral con mayor frecuencia en varones. Los casos bilaterales son muy infrecuentes y solo la mitad de estos son formas aisladas. La etiología es desconocida.

La fisura comienza en el ángulo de la boca y según su extensión se distingue entre:

- **Macrostomía incompleta:** se prolonga a lo largo de la cara, pero en poca extensión. Se caracteriza por boca grande, labio inferior ancho y prominente.
- **Macrostomía completa:** la fisura se prolonga hasta el borde anterior del masetero o incluso más.



*Figura 7. Macrostomía bilateral (Pacheco, Lorca-García, Berenguer y De Tomás, 2016: p. 42).*

Normalmente, esta anomalía se asocia a **dos tipos de síndrome:**

- La disostosis otomandibular o microsomía hemifacial, en la que la macrostomía va asociada a lesiones oculares, lesiones auriculares y lesiones mandibulares.



- El síndrome de Franceschetti o Treacher-Collins. Su tratamiento es quirúrgico y la intervención debe realizarse antes de que el niño comience a hablar.

**Se suele intervenir a nivel quirúrgico.** El objetivo de la cirugía es establecer comisuras labiales simétricas, un contorno labial continuo y una cicatriz mínimamente visible. La reorientación de las fibras del orbicular de los labios y la correcta ubicación anatómica son la clave para la nueva comisura labial. En el caso de la macrostomía bilateral, es el cirujano quien define la posición de la comisura porque carece de la guía de un punto de referencia contralateral. Normalmente se apoya en referencias extra-orales como pueden ser las pupilas ipsilaterales.

#### e) Parálisis facial:

La parálisis facial es frecuente en los niños, y puede ocurrir en los primeros años de la vida debido a infecciones o lesiones del nervio facial (VII par craneal) o producirse en el momento del nacimiento por trauma obstétrico. Así, en algunos casos la parálisis es secundaria al uso de fórceps o por la compresión contra los huesos pelvianos; en otras ocasiones se debe a supuraciones del oído medio y de la mastoides, infecciones virales como la poliomielitis aguda en la protuberancia o se trata de una parálisis secundaria a la difteria.

Puede ser una **parálisis unilateral o bilateral**, aunque es mucho menos frecuente la afectación de ambos lados de la cara.

- La **parálisis unilateral**, se caracteriza porque la mitad de la cara no tiene arrugas. La abertura palpebral es más pequeña, la ceja está descendida, el pestañeo no existe. El ojo suele estar lleno de lágrimas y el paciente no puede cerrarlo. El ángulo de la boca está caído y la saliva se escapa por la comisura labial y el paciente no puede retener aire en la boca. El bolo alimenticio se acumula detrás de la mejilla. Esto genera diversas dificultades, aunque son diferentes en cada uno de los casos.

**En relación a la disglosia, en la parálisis unilateral**, suele ser menos perceptible. Se observan grados de dificultad variable para hablar. Perelló (2013) señala que en algunos se nota un sigmatismo con betacismo, y suele darse la queja de sensación de boca llena.

- **La parálisis bilateral adquirida sí provoca**, por el contrario, un **trastorno en la pronunciación** de los fonemas labiales considerable, quedando el habla significativamente afectada:
  - o **La /p/ suena como /f/, la /m/ suena como /n/ y la /b/ tiene un sonido bilabial fricativo.**
  - o **Las vocales también quedan afectadas** porque las mejillas no tienen ninguna tensión, y al no existir el movimiento labial de protrusión, se articulan **mal las vocales /o/ y /u/**. Se altera también el movimiento de separación de las comisuras para /e/ e /i/.

Para el tratamiento de la parálisis facial se suelen combinar **diversas técnicas e intervenciones (médica, quirúrgica, logopédica...)**. En relación a la parálisis del labio se puede estimular con electroterapia, masaje digital y el guialenguas.

#### f) Neuralgia del trigémino o prosopalgia:

Bell y Magendie (1981) demuestran que el nervio trigémino es el responsable de la sensibilidad de la cara y no el facial. En función de si la afectación se da en una o varias de las ramas del trigémino se produce un dolor intenso, brusco y punzante, generalmente de corta duración, en una zona determinada:

- En la rama superior: sensitiva oftálmica,
- En la rama media: afecta al maxilar (superior)
- En la rama inferior: mandíbula (maxilar inferior).

El síntoma característico es por tanto el daño o neuralgia que sufre la persona en una rama del trigémino y que suele acompañarse de enrojecimiento de la mitad de la cara, lagrimeo y sialorrea. En ocasiones se producen además contracciones espásticas del facial.

Generalmente la neuralgia del trigémino se debe a afecciones dentarias o sinusales; afecciones óseas de la base del cráneo; tumores, abscesos o aneurismas intracraneales; meningitis, esclerosis en placas, etc. También intoxicaciones o las afecciones crónicas pueden actuar como predisponentes.

Como el dolor es fuerte y suele darse al masticar o al hablar, en muchas ocasiones **el temor** al mismo hace que el paciente **evite todo movimiento** del lado enfermo, lo que puede simular una parálisis facial y **produce una disglosia labial por la mala articulación de los fonemas**.

#### g) Heridas:

Las heridas labiales leves rara vez causan problemas en el habla. Si se dan en estos casos, es necesario realizar un adecuado diagnóstico diferencial para valorar si las alteraciones fonemáticas se deben a lesiones orgánicas o son dislalias de etiología funcional.

**En el caso de que la disglosia sí se produce por una herida de los labios, en la mayoría de los casos es ligera** (voz borrosa), con un buen tratamiento, no se producen o se corrigen las alteraciones en el habla. Como las pérdidas de sustancia suelen también afectar a los dientes y a la lengua, el pronóstico depende de la extensión del traumatismo, pero en general es bueno. Existe un importante poder de compensación de las partes restantes para poder llegar a pronunciaciones bastante normalizadas. De ahí que, junto a la curación de la herida, el tratamiento consiste en practicar masajes y ejercicios de los labios, procurando buscar el efecto compensador de las partes sanas.

No obstante, existen determinadas heridas de los labios que suponen una importante alteración del habla. Normalmente están ocasionadas por traumatismo y por herida de arma blanca o de fuego. **Un caso grave, es la disglosia por pérdida de labio**. Ésta suele darse a raíz de una herida de guerra, accidente grave o de resección por cáncer. En estos casos el

sonido /p/ suena como /f/ borroso, y /m/ se sustituye por un sonido nasal impreciso. Si la pérdida es del labio superior, para articular los sonidos /b/, /p/ y /m/, el labio inferior contacta con los incisivos, como en /f/, o a veces incluso llega hasta detrás de ellos.

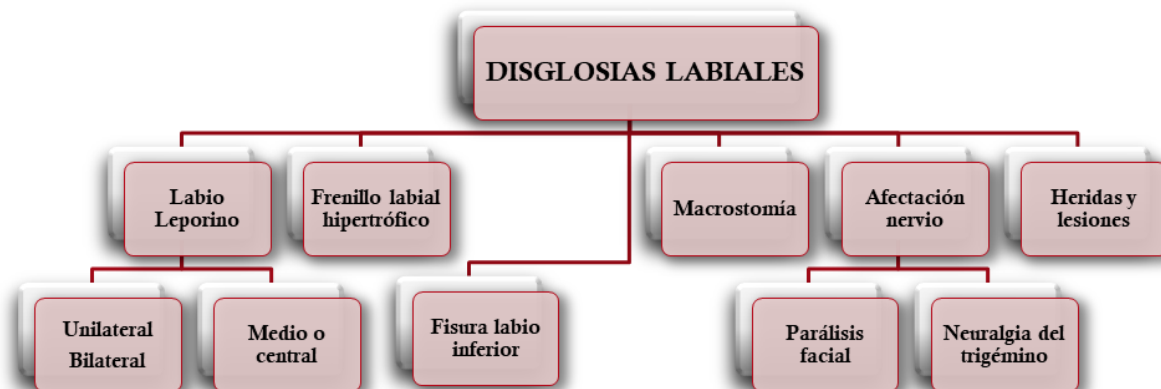


Figura 8. Diferentes tipos de disglosia labial.

### 3.2.2. Disglosia mandibular

La disglosia mandibular es el trastorno de la articulación de los fonemas por alteración de la forma de uno o ambos maxilares. El origen puede ser congénito, del desarrollo, quirúrgico o traumático. Según los autores (Gallardo y Gallego, 1993, Coll Florit, 2013), las causas más frecuentes de las disglosias mandibulares son:

#### a) Resección del maxilar superior:

Se realiza la extracción de una parte o del maxilar superior completo por medio de una operación quirúrgica. Normalmente esta operación se realiza en los cánceres del maxilar superior. Después de la intervención, la cavidad bucal comunica con otra cavidad formada por el seno maxilar y la fosa nasal. Falta, además, la mitad del paladar óseo y puede faltar asimismo parte del velo. Estas alteraciones resultan significativas no sólo desde el punto de vista estético, sino desde un punto de vista foniátrico.

**Tras la resección del maxilar superior la producción de las palabras queda alterada.** La palabra resultante tiene mucha resonancia nasal y se producen dislalias al no existir el punto fijo de articulación.

Es necesario un tratamiento protésico precoz. Coll Florit (2013) afirma que es preferible realizar una oclusión quirurgicoplástica con plastia ósea o de partes blandas, a cualquier sustitución protésica, pero a pesar de todo sigue siendo importante el tratamiento protésico después de las resecciones de los maxilares. Hay dos tipos de prótesis: la inmediata y la permanente. Antes de realizar la operación, se toma una impresión de ambos maxilares. Se hacen modelos y en el maxilar superior se marca el perímetro de resección y se confecciona una placa parcial con los dientes de sustitución y grapas de anclaje. Esta placa, la prótesis inmediata, se coloca en la boca del paciente en cuanto termine la intervención. Con ella se ocluye la perforación hacia la nariz y al mismo tiempo sirve para sustentar el taponamiento

que se coloca en la cavidad residual. En cuanto el tapón que ocupa la cavidad de la herida se reduce, se comienza la conformación de la permanente.

#### b) **Resección de la mandíbula o maxilar inferior:**

La resección de la mandíbula inferior se produce generalmente por heridas de guerra, accidentes de tráfico y por cirugía a causa de cáncer. En estos casos se procede en primer lugar a la reconstrucción plástica y, posteriormente se trabaja la articulación y producción fonémica desde la rehabilitación logopédica. Normalmente el pronóstico es bueno, gracias al **poder de suplencia** que poseen los músculos, y que permite mejorar mucho su habla.

#### c) **Atresia mandibular:**

La atresia mandibular es una anomalía congénita que consiste en un **empequeñecimiento de la mandíbula debido a una detención del desarrollo del maxilar inferior**. En los manuales que se han revisado se menciona que la patología que se presenta se denomina “cara de pájaro” (Perelló, 2013 y Gallardo y Gallego 1993).

Se puede producir por **dos tipos de causas**:

- **Congénitas:** heredosífilis, raquitismo, osteornalacia, trastornos endocrinos.
- **Adquiridas:** abuso de la tendencia a chuparse el dedo o del uso del chupete.

Como consecuencia de la atresia, se producen **diversas alteraciones**:

- La barbilla está hundida y se produce una **mala oclusión** dental.
- Existe una desproporción entre la lengua y la cavidad bucal. La lengua resulta demasiado gruesa, como si fuera una macroglosia y se desplaza hacia atrás, hacia la faringe, lo que se denomina **glosptosis** o deglución de la lengua. En algunas ocasiones puede representar un serio problema para la respiración.

Algunos casos de atresia mandibular son:

- El **síndrome de Pierre Robin** (1923) (citado en Perelló, 2013: p.72), consistente en microrretrognatia, glosptosis y fisura palatina. La asociación de estas malformaciones produce la aparición de un cuadro clínico de insuficiencia respiratoria alta, cuyo pronóstico es muy grave en la primera semana de vida (peligro de asfixia) pero que mejora pasado ese tiempo.
- **La atrofia del maxilar superior que produce malposición dentaria;** los dientes no están bien colocados y cabalgan los unos sobre los otros.
- En la **disostosis otomandibular** la atresia es tan importante que faltan por completo la rama ascendente y el cóndilo del lado afecto, ya que se trata de una malformación unilateral.

- **Fisura entre las dos ramas de la mandíbula inferior.** Cada una de ellas se mueve independientemente de la otra. Suele ir asociada a malformaciones en la lengua.
- Otras anomalías provienen de **causas extrínsecas mecánicas**, como del uso en la infancia de chupetes o por el hábito de meterse el dedo en la boca, y, sobre todo, por obstrucciones de las vías respiratorias. Al no funcionar éstas, el esqueleto de las fosas nasales se atrofia, se produce la atresia de las vías respiratorias superiores, el tabique se encorva, los senos paranasales quedan rudimentarios. Todo ello origina la facies adenoidea.

**En estos casos la disglosia suele afectar especialmente a los fonemas /t/ /d/ /r/ y /s/.**



*Figura 9. Atresia mandibular. (Jimeno, 2012: p.22).*

#### **d) Progenie:**

Se trata de la alteración o anomalía producida por un **crecimiento exagerado de la mandíbula inferior**. Esto genera una mala oclusión de los maxilares y al afectarse la relación entre los maxilares superiores e inferiores, se pierde la articulación entre los dientes. Hay formas extremas en los sujetos acromegálicos. La progenie impide una masticación normal por la maloclusión dentaria y predispone a la caída prematura de los dientes por piorrea alveolar.



*Figura 10. Progenie mandibular. (Jimeno, 2012: p.22)*

En los casos de pro genie, la **disglosia** se produce porque la articulación se hace demasiado anterior:

- El habla del sujeto da la impresión de realizarse con la boca llena.
- El **sigmatismo interdental es muy pronunciado**, ya que la pronunciación del fonema /s/ requiere que el aire salga por el surco central y choque con los dientes inferiores.
- Se dan **dificultades en labiodentales** (fonema /f/).

#### e) Disostosis maxilofacial:

Es una forma particular de **malformación mandibular asociada a otras anomalías** que suele producirse de forma congénita en la séptima semana de vida embrionaria y se trasmite hereditariamente de modo dominante. Se suele conocer como el síndrome de Franceschetti, que en los países anglosajones se denomina más comúnmente síndrome de Treacher-Collins. Presenta los siguientes síntomas (Perelló, 2013: p.73):

- Abertura palpebral hacia fuera y abajo, en dirección antimongoloide.
- Hipoplasia de los huesos de la cara, especialmente de la mandíbula inferior y los molares, que dan un aspecto de cara de pescado.
- Microtia, en ocasiones con malformaciones en oído medio e interno. Sordera de transmisión y mixta.
- Paladar ojival, anomalías en la implantación dentaria con mordida abierta, macrostomía.
- Fisura preauricular.



*Figura 11.* Disostosis maxilofacial. (Santana y Tamayo, 2015: pp.465-466).



Además, pueden darse otras anomalías: vertebrales, fisuras de paladar, fisuras submucosas, ausencia de senos o neumatización mastoidea, hipoplasia del hueso hioides y de la laringe, agenesia pulmonar o atresia coanal. Pueden aparecer orejas en asa, anquiloglosia, fístula braquial cervical y paladar ojival. En alguna ocasión puede existir un retraso mental. A veces en el EEG se manifiesta una maduración cerebral deficiente. La audición acostumbra a ser normal. La ortodoncia y la cirugía plástica son necesarias para devolver la mayor normalidad posible a estos pacientes.

Todo ello implica **diferentes grados y tipos de dislalias orgánicas o disglosias**, al existir anomalías **dentarias, linguales y palatales**.

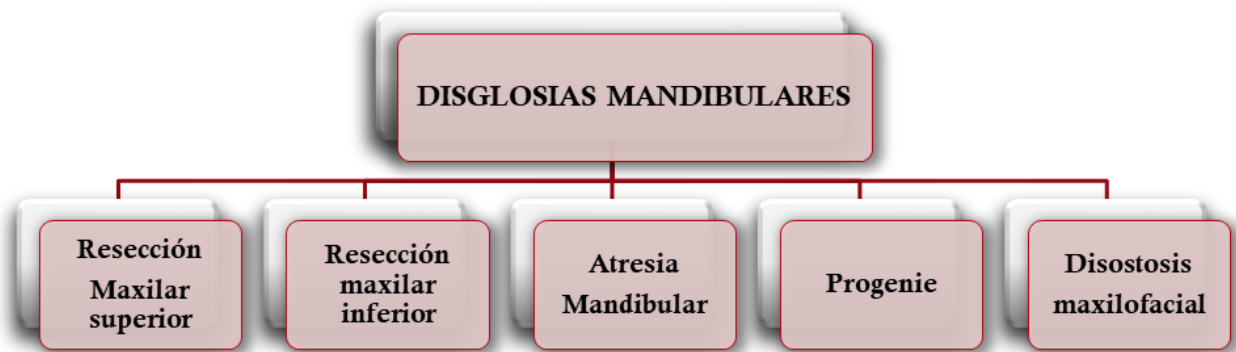


Figura 12. Diferentes tipos de disglosia mandibular.

### 3.2.3. Disglosia dental

Son las alteraciones de la forma, presencia o posición de las piezas dentales que interfieren en la articulación correcta de determinados fonemas.

Perelló (2013) señala que los dientes en sí y sus relaciones con el resto del esqueleto tienen, en el ser humano, características anatómicas de forma, número, volumen y estructura fijas, constantes e inmutables en condiciones normales (p.74). En este sentido, cuando se producen variaciones que afectan a la articulación se habla de la existencia de una disglosia dental.

Las **anomalías dentarias** se pueden distinguir en:

- Anomalías de forma: de corona, de raíz.
- Anomalías de volumen: macrodoncia, microdoncia.
- Anomalías de número: hiperodoncia, hipodoncia, poliodoncia, anodoncia.

- Anomalías de sitio: heterotopia.
- Anomalías de dirección.
- Anomalías de erupción.
- Anomalías de nutrición.
- Anomalías de estructura.
- Anomalías de disposición (oclusión)
- Anomalías de los maxilares.



Figura 13. Disglosia dental. (Magaly y Pillajo, 2013: p. 69).

La etiología de las disglosias dentales es variada. Perelló (2013) destaca tres **alteraciones patológicas, por ser las más frecuentes**:

- Las anomalías constitucionales en la posición dentaria,
- La pérdida fisiológica en la primera dentición y en la vejez,
- Los traumatismos o enfermedades de los maxilares y dientes.

Launay y Borel-Massony (1986) señalan que las anómalas relaciones de las arcadas dentarias modifican la forma del canal oral utilizado para la articulación de las consonantes fricativas. El mecanismo de la articulación se ve perturbado frecuentemente y pueden producirse diversos tipos de sigmatismo (p. 311). En este sentido, puesto que todas las sibilantes se realizan entre la punta de la lengua y el borde de los incisivos, se comprende que la posición de los dientes es de gran importancia para la articulación de la /s/. **Se observan más sigmatismos en pacientes con defectos dentales**, diastemas, anomalías de posición, anomalías de mordida y en los maxilares que en sujetos con posición dentaria correcta.

#### • **Maloclusión dentaria:**

Es una de las causas más frecuentes de la disglosia dental. Implica cualquier desviación en la disposición de los dientes fuera de los estándares de una oclusión normal, con alteración en la función, salud, estética y aspectos psicológicos.

Existen tres **causas que producen maloclusiones dentales** y son las siguientes: **hereditarias, generales o locales**.

- Causas **hereditarias**: en ocasiones no se hereda la forma, sino la función. El tono muscular, la actitud postural, una movilidad lingual viciosa o una hipertonicidad de los músculos buccinadores que alteran el equilibrio de fuerzas necesario para el desarrollo correcto de los maxilares. Otras veces hay herencias en piezas dentarias retenidas, agenesias y dientes supernumerarios que deforman el maxilar.

- **Causas generales:** determinados desequilibrios hormonales, la mala alimentación, la oligofrenia y las disendocrinias (hipotiroidismo, diabetes, hipertirodismo...) que alteran la forma, presencia o posición de formas dentales.
- **Causas locales:** alteraciones en los propios dientes o secundarias a hábitos inadecuados como el excesivo uso del chupete, la succión continuada del pulgar o la respiración bucal frecuentemente a causa de adenoides.

Hernández y Toro (2007) señalan, en relación a las **causas locales de la maloclusión dentaria, que un 40% de los niños de edad escolar**, aún degluten como bebés, lo que produce un desequilibrio en las fuerzas musculares de la boca y por tanto, una desviación de la posición dentaria normal. (p.172). Además, los autores sostienen que en la mayoría de estos casos (el 40%), tienen asociada disglosia. Articulan mal la palabra debido a la maloclusión. Por ejemplo, en las oclusivas apicales, la lengua se interpone entre las arcadas dentarias, en la zona de los molares, toma puntos de articulación anómalos y los orbiculares de los labios y los músculos de la mejilla se contraen exageradamente. También en los fonemas fricativos, el ápex lingual se hace interdental.

**En relación a la maloclusión, ésta puede darse en sentido sagital, vertical y transversal.**

- a) **La maloclusión sagital:** se produce cuando los dientes están adelantados a partir de su implantación. Existen tres tipos:
  - o **Biprotusión:** existe inclinación en ambas arcadas dentarias. Los labios están separados y los incisivos asoman por la abertura oral.
  - o Los **dientes superiores están adelantados** respecto a los inferiores.
  - o Los **dientes inferiores están adelantados** respecto de los superiores.

En el segundo de los casos, cuando la **maloclusión sagital se debe al adelanto de los dientes superiores**, se produce un exceso de saliva en las comisuras labiales, una disminución de la movilidad del velo del paladar y ello a su vez deriva en ligera rinolalia. En este caso está dificultada la articulación de /r/ y se articulan mal todos los fonemas linguodentales.

- b) **Maloclusión vertical:** cuando los incisivos inferior y superior no están colocados en un mismo plano vertical. Así ocurre en la progenie (donde la lengua toca los incisivos superiores) y en la prognacia (donde la lengua toca los incisivos inferiores), así como en los casos de retropulsión dentaria.

Esta oclusión desviada **produce sigmatismo dental**. La separación de los incisivos superiores centrales impide que la lengua pueda dirigir la corriente aérea hacia su borde cortante, ya que se escapa por este diastema y no produce el sonido característico de la /s/. La sibilancia se produce al paso del aire por este diastema y el sonido resultante, el sigmatismo estriduloso, parecido a un silbido, es muy desagradable.

**En las irregularidades dentarias de oposición**, especialmente cuando falta uno de los incisivos superiores, la punta de la lengua se ve colocada o empujada hacia el canino,

agitándose lateralmente. El aire sale entonces por el agujero dentario y se produce de este modo el llamado **sigmatismo lateroflexus**.

Para la articulación de los fonemas /d/, /t/, /l/, /m/ y /r/, la colocación dentaria no es tan importante. Las diferencias de sonido son casi imperceptibles.

- c) **La maloclusión transversal:** se produce cuando está disminuida la anchura entre los molares superiores de ambos lados. Suele ocurrir en el paladar ojival. En estos casos la lengua no llega al paladar o lo hace con un ajuste insuficiente.

**Existe rotacismo o pararrotacismo**, donde el sonido /r/ se sustituye por /g/, /d/, /t/ o /l/. La pérdida de los incisivos en el cambio de dentadura produce una serie de dislalias características. Los fonemas sibilante /s/, /T/ pierden agudeza y pueden confundirse, pues suenan igual.

Perelló (2013) señala que en la /s/ se pueden diferenciar cuatro tipos (p.76):

- Sigmatismo linguopalatal.
- Sigmatismo linguoalveolar.
- Sigmatismo linguolabial.
- Sigmatismo interlabial.

Cuando la disglosia dental se debe a la pérdida de piezas dentales por heridas o enfermedades, suelen ir asociadas además lesiones en los maxilares y labios. En estos casos la disglosia es en general más grave e intensa. Se alteran los sonidos labiales, linguales y dentales.

**El pronóstico de este tipo de disglosias es bueno, gracias al avance de las técnicas de ortodoncia y prótesis.** Inicialmente el tratamiento se realiza por el odontólogo, quien, tras evaluar el caso y las alteraciones existentes, mejora los defectos con ortodoncia o los suple con prótesis. Posteriormente es necesario realizar una reeducación logopédica, para poder establecer posiciones articulatorias adecuadas. Además, la reeducación logopédica resulta especialmente importante porque diversos estudios sobre la etiología y patogenia de la maloclusión dentaria constatan que se debe a movimientos de deglución y de habla defectuosos, que de no corregirse, puede generar que los dientes vuelvan a su posición inicial anómala pese a haber realizado una ortodoncia correcta.

En relación a las técnicas de ortodoncia, Hernández y Toro (2007) señalan que estos procedimientos mejoran la estética del perfil, la función dentaria y la articulación. Dichos logros se consiguen:

- **De forma directa:** reforzando la potencia de soplo espirado y aumentando el volumen de las cavidades de resonancia.
- **De forma indirecta:** al permitir un mejor emplazamiento de la lengua (centrada) y de la laringe, que además renueva el estado general, el tono nervioso central y sana las mucosas respiratorias.

Normalmente se requiere de una fase de ortodoncia prequirúrgica con duración aproximada de 2 años, la cirugía y una fase de ortodoncia posquirúrgica. En algunos casos, si el

tratamiento se realiza de forma temprana con fuerzas ortopédicas, se puede reducir por completo la necesidad de intervención quirúrgica posterior.

Otra división clásica de las maloclusiones es la propuesta por Angle (1899), que diferencia siete posiciones diferentes que se pueden agrupar en tres tipos principales de maloclusiones y sus divisiones y subdivisiones. Así, es frecuente en el ámbito clínico (cirujanos, ortopendientistas...) hablar de maloclusiones de clase I, clase II y clase III en base a la tipología de Angle.

Angle define la **maloclusión como la perversión del crecimiento y desarrollo normal de la dentadura**. Para clasificarlas, se basa en las relaciones mesiodistales de los dientes, arcos dentales y maxilares, los cuales dependen primariamente de las posiciones mesiodistales asumidas por los primeros molares permanentes en su erupción y oclusión. El autor considera primariamente en el diagnóstico de la maloclusión las relaciones mesiodistales de los maxilares y arcos dentales indicadas por la relación de los primeros molares permanentes superiores e inferiores, y secundariamente por las posiciones individuales de los dientes con respecto a la línea de oclusión. Sin embargo, su clasificación tiene la limitación de que no considera los planos vertical y transversal.

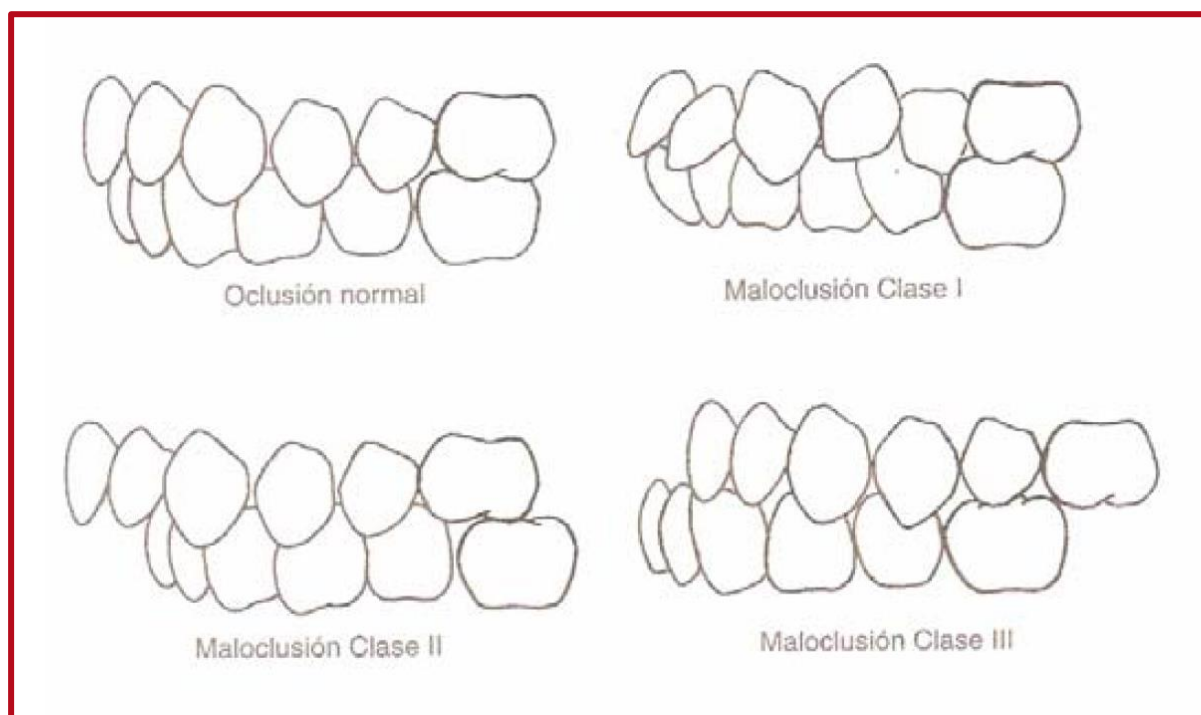


Figura 14. Diferentes tipos de maloclusión. Clasificación de Angle (1899), (Almandoz, 2011: p.21)

- **Anomalías de erupción**

La erupción dentaria es un proceso fisiológico, No sólo se trata de la aparición de los dientes en la cavidad bucal (emergencia a través de la encía) sino que **los movimientos de erupción comienzan con la formación del diente y continúan durante todo el ciclo vital del mismo**. El diente pasa por una fase intramaxilar, otra prefuncional (atravesada la mucosa) y funcional (cuando contacta con el antagonista).

Las alteraciones relacionadas con la erupción pueden no tener apenas importancia o ser severas y necesitar un tratamiento multidisciplinario.

La patología más frecuentemente asociada a la erupción dental suele ocasionar pequeñas molestias sistémicas de fácil solución. Suelen acompañar más a la dentición temporal. Pueden presentarse en la **erupción dentaria, por aceleración o por retraso**, tanto en los dientes temporales o primera dentición, como en los permanentes. Aunque en la primera dentición, el retraso es mucho más frecuente que la aceleración o erupción precoz.

- **Ortodoncia y prótesis dentaria (disglosia protésica)**

Para corregir una maloclusión dentaria existen los aparatos fijos y los aparatos móviles. Estos últimos solamente actúan sobre los dientes y el hueso alveolar, pero no sobre el hueso basal. Los aparatos compuestos sobre arcos delgados montados sobre anillos o sobre placas palatinas delgadas provocan pocos trastornos, pero sólo pueden corregir deformaciones puramente dentarias. Pero en otros casos, el uso de prótesis en alteraciones dentales puede generar una **disglosia protésica**.

Toro y Hernández (2007) señalan que **al colocar una placa de ortodoncia se produce una alteración en la configuración de la boca**. Los aparatos que coloca el ortodoncista para arreglar la dentadura interfieren la lengua, los dientes, el paladar, los labios y la mandíbula. Los puntos de apoyo y de contacto varían y la lengua debe aprender a modificar su actuación en lo que se refiere a la dirección, la distancia, la presión, la rapidez, etc. En estos casos puede producirse disglosia.

Launay y Borel-Massony (1986) advierten como en el caso de los aparatos ortopédicos para tratar el labio leporino o las divisiones palatinas (casos donde normalmente se dan alteraciones articulatorias), el volumen de las prótesis hace necesario demorar la reeducación logopédica. De ahí, que en algunos casos la logopedia y la ortodoncia no colaboran de manera simultánea sino que se excluyen mutuamente. Si bien, desde una perspectiva más a largo plazo, ambas intervenciones buscan objetivos comunes.

Con todo, lo más común es que a las pocas semanas, el niño o la persona se adapte al aparato ortodóncico y las alteraciones en la articulación se corrijan espontáneamente. También es de reseñar que, en el niño, las disglosias dentales se corrigen más rápidamente que en el adulto al prestarles menos atención.

Para superar este tipo de disglosias y adaptarse más rápidamente a la prótesis se recomienda practicar ejercicios diarios de lectura en voz alta, hasta que la lengua se acostumbre a contactar con los nuevos puntos de articulación.



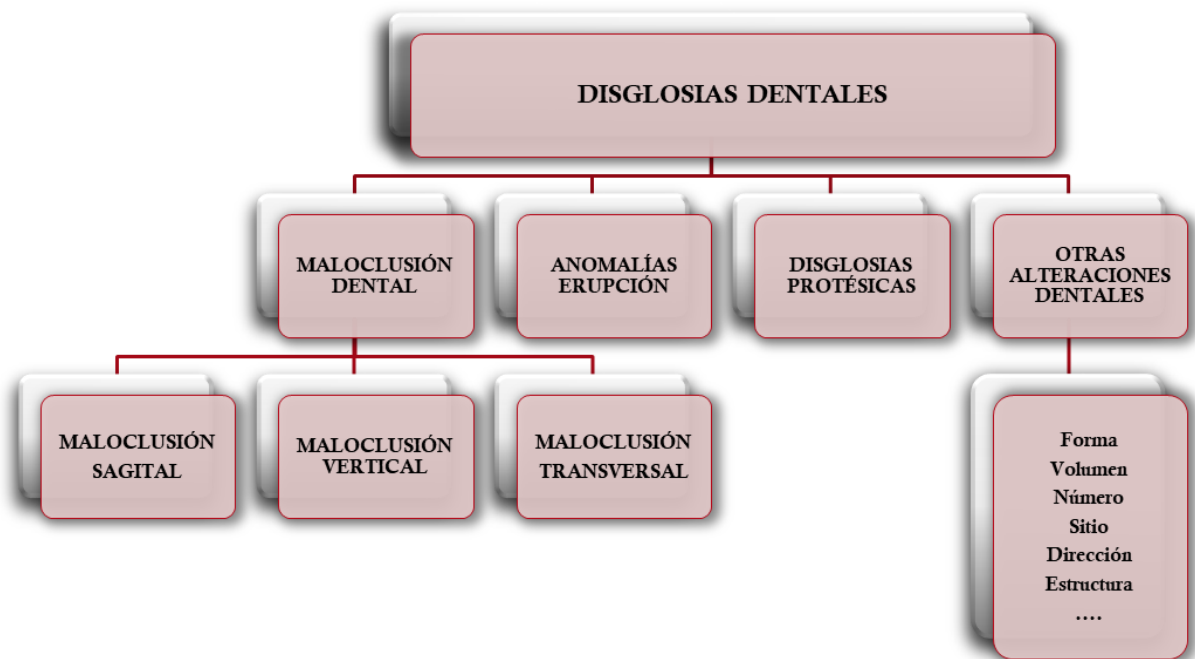


Figura 15. Diferentes tipos de disglосias dentales.

Junto a los tipos de **disglосia descritos: labiales, mandibulares y dentales**), existen entre las disglосias, trastornos de la articulación derivados de alteraciones anatómicas de la lengua, el paladar y las estructuras nasales. El estudio de este tipo de **disglосias: lingual, palatina y nasal**, se aborda en la **siguiente unidad** continuando el estudio de la disglосia, su evaluación y tratamiento.

## 4. Referencias bibliográficas

---

- Almandoz, A.R. (2011). Clasificación de las maloclusiones. Facultad de estomatología. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Angle, E. (1899). Classification of the malocclusion. *Dental Cosmos*; 41: 248–264, 350–357.
- Bell y Magendie (1981). En Coll Florit, M, (Coord.) (2013). *Trastornos del habla y de la voz*. Ed. Barcelona: UOC.
- Coll Florit, M, (Coord.) (2013). *Trastornos del habla y de la voz*. Ed. Barcelona: UOC.
- Gallardo y Gallego. (1993). *Manual de Logopedia Escolar. Un enfoque práctico*. Granada: Aljibe.
- Hernández, M. y Toro, F. (2007). *Tratamiento Educativo de los trastornos de la audición y el Lenguaje*. Módulo V (I). Sevilla: Publidisa. 2007.
- Hernández, E. y Tamayo, V.J. (2015). Síndrome Treacher-Collins. Presentación de caso. *Revista de Ciencias Médicas de Chile*. 21 (2) pp. 463-468.
- Jiménez, R. (2012). *Foniatría*. Mir II año: Hospital Peset Valencia. 30-01-2012. [Presentación ppt] Recuperado en [http://www.melillaprevencionrl.com/documents/cont\\_jor\\_vii/introduccion\\_foniatria.pdf](http://www.melillaprevencionrl.com/documents/cont_jor_vii/introduccion_foniatria.pdf).
- Jin Shi, Junrui Zhang (2014) Lower lip cleft, bifid tongue and fibrolipoma: a case report of rare congenital anomaly. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. Volume 52, Issue 7, September 2014, Pages e36-e38.
- Launay, Cl. y Borel-Maisonny, S. (1986). *Trastornos del lenguaje, la palabra y la voz en el niño*. 2ª ed. Barcelona: Masson.
- Magaly, S y Pillajo, L. (2013). *Evaluación e intervención logopédica de los trastornos del habla de niños de 5 a 7 años en la escuela rural Joel Monroy*. Tesis Doctoral. Universidad de Cuenca.
- Pacheco, Lorca-García, Berenguer y De Tomás, (2016). Macrostomía bilateral aislada: a propósito de un caso y revisión de la literatura. *Círculo Pediátrico*, 29: 41-44
- Perelló. (2013). En. Coll Florit (Coord.) (2013). *Trastornos del Habla y de la Voz*. Barcelona: UOC.
- Perelló y Tresserra (1990). En Perelló y Gilberga (1990). *Trastornos del habla*. Barcelona: Masson
- Santana y Tamayo, (2015). Síndrome Treacher-Collins. Presentación de caso. *Revista de ciencias médicas. La Habana* 21 (2). pp.463-468.
- Torres Moreno, C. (2010). La disglosia. *Temas para la educación 10 Revista digital para los profesionales de enseñanza*. CCOO. Septiembre 2010
- Tresserra, L. (2008). Entrevista. *Revista española ortopedia*, 38. pp. 73-77.
- Veau, V. En Coll Florit, M. (Coord.) (2013). *Trastornos del habla y de la voz*. Ed. Barcelona: UOC

## 5. Bibliografía

---

- Coll Florit, M. (Coord.) (2013). *Trastornos del habla y de la voz*. Ed. Barcelona: UOC.
- Gallardo, J. y Gallego, J. (1993). *Manual de logopedia escolar. Un enfoque práctico*. Málaga: Aljibe.
- Perelló (1990). *Trastornos del habla*. Barcelona: Masson