

# QUEILOGRAMA

Mirta Morisse  
Fonoaudióloga

## I N T R O D U C C I O N :

El estudio de los labios ha sido realizado por múltiples autores y con enfoques diversos. Entre ellos mencionaremos los siguientes:

- 1- La embriología facial normal y los factores que condicionan las alteraciones de dicho desarrollo.
- 2- La anatomía facial normal y el estudio de las estructuras anatómicas alteradas por malformaciones congénitas.
- 3- Cirugía facial plástica en las malformaciones congénitas y alteraciones traumáticas y oncológicas en los labios.
- 4- Fisiología facial normal y fisiopatología de los labios.

El presente trabajo tiene como finalidad hacer una revisión sobre ciertos aspectos anatómicos fundamentales y funcionales, y la aplicación de la prueba llamada Queilograma como estudio y seguimiento de pacientes Respiradores Bucales con distintas maloclusiones y diferentes aspectos anatómicos.

### Aspecto Anatómico:

La cavidad bucal ofrece dos partes: una anterior, comprendida entre los arcos dentales por una parte y las mejillas y los labios por la otra en forma de herradura.

Los labios son dos repliegues músculo membranosos situados en la parte anterior de la boca. Se distinguen en superior e inferior. Resultan embriológicamente del desdoblamiento de la lámina epitelial que ocupa el contorno de la boca primitiva, esta lámina epitelial recibe el nombre de muro penetrante.

La parte anterior del desdoblamiento constituye los labios, es decir, esos repliegues musculocutáneos que pasan de un maxilar al otro, mientras que la parte posterior del muro forma las encías. La formación labial es especial

de los mamíferos, constituye un perfeccionamiento que se relaciona probablemente con el modo de nutrición de estos animales, y más especialmente con la lactancia.

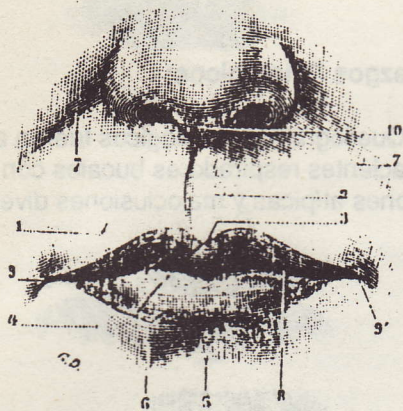
### Conformación exterior:

Los labios reproducen exactamente la dirección curvilínea de los arcos dentales, junto a los que se hallan aplicados.

El encuentro de los dientes del maxilar superior con los del maxilar inferior es lo que mantiene la altura de los labios.

Se sabe, en efecto, que cuando se caen los dientes, hecho que no es raro en los ancianos, los labios disminuyen de altura y se entran en la boca.





1-labio superior, con: 2-surco subnasal o philtrum, 3- tubérculo labial, 4- labio inferior, con 5-fosilla media, 6-surco mentolabial, 7-surco labiogental, 8-hendidura bucal, 9-9'-comisuras, 10-séptum nasal.

**1. Cara Anterior:** La cara anterior o cutánea mira hacia adelante en el labio superior y abajo y adelante en el labio inferior

a) En el labio superior presenta un surco medio, surco subnasal o philtrum que desciende desde el subtabique al borde libre del labio terminando en el tubérculo del labio superior.

El surco subnasal corresponde a la línea de adherencia de los mamelones incisivos del labio primitivo. A cada lado del surco subnasal se encuentran dos superficies triangulares y aproximadamente planas, cubiertas de un ligero vello en la mujer y en el niño, dan origen en el hombre adulto a esos pelos largos, cuyo conjunto constituye el bigote.

La cara anterior del labio superior está separada de la mejilla por el surco nasolabial.

b) El labio inferior está separado del mentón por el surco mentolabial que abraza el mentón.

**2. Cara posterior:** La cara posterior o mucosa está en relación con la cara anterior de las encías y de los arcos dentales. Es lisa y humedecida por la saliva.

#### Extremos, comisuras y orificio bucal:

Los dos labios se unen en sus extremos para formar las comisuras. Dos perpendiculares bajadas desde el centro de cada pupila deben

corresponder a los extremos respectivos de la hendidura bucal.

La distancia existente entre el tabique nasal y el borde libre del labio superior es de un través de dedo en el recién nacido y llega hasta aproximadamente un través y medio, en el niño de segunda infancia.

#### Alteraciones Labiales:

En lactantes las alteraciones adquiridas en cuanto a su forma son relacionadas con su alimentación.

##### 1. Tubérculo labial o de succión:

Es una pequeña tumoración que puede presentarse en los lactantes en la parte media del labio superior. No tiene significación patológica, desapareciendo algún tiempo después del destete.



##### 2. Placas de succión:

En niños cuyos movimientos de succión son muy vigorosos pueden aparecer las llamadas placas de succión. De aspecto nacarado se ubican en especial a lo largo de los bordes labiales superior e inferior. Se mantienen mientras dura la alimentación materna.

#### Alteraciones adquiridas:

En cuanto a su forma relacionadas con la alimentación y la *respiración bucal* en niños de edad escolar.

Estos pacientes presentan el hábito de respiración bucal con buena permeabilidad asociado también a *degluciones atípicas*.

#### Queilograma o Huella Labial:

Es el estudio del dibujo labial. Los queilogramas se toman en las siguientes posiciones:

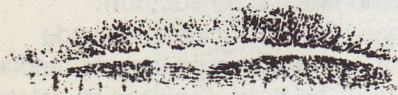


# QUEILOGRAMA

- Reposo
- Cierre bucal
- Comisuras
- Protrusión

## Hallazgos Normales:

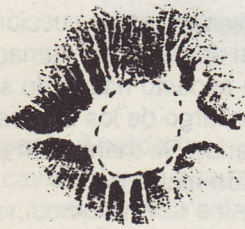
- Líneas verticales completas
- Líneas oblicuas completas o ramificadas
- Escalerillas
- Contorno- Circunferencia mayor
- Círculo interno-Circunferencia menor
- Simetría en la presión de la huella
- Comisuras sin descenso



REPOSO



COMISURAS



"O"



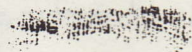
"U"

## Hallazgos Patológicos:

Los Queilogramas patológicos fueron asociados a pacientes respiradores bucales con degluciones atípicas y maloclusiones diversas.



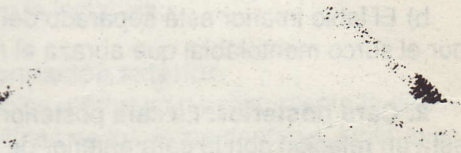
RB



CIERRE BUCAL



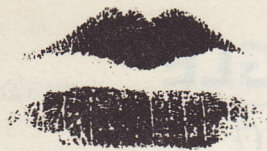
SOPLO



COMISURAS

CLASE II 1<sup>º</sup> DIV.  
ESQUELETAL- BIOTIPO DOLICO  
MORDIDA ABIERTA ESQUELETAL  
MICROGNATISMO TOTAL SUP. Y POST.  
VESTIBULOVERSION DE INCISIVOS





BN



PROTRUSION

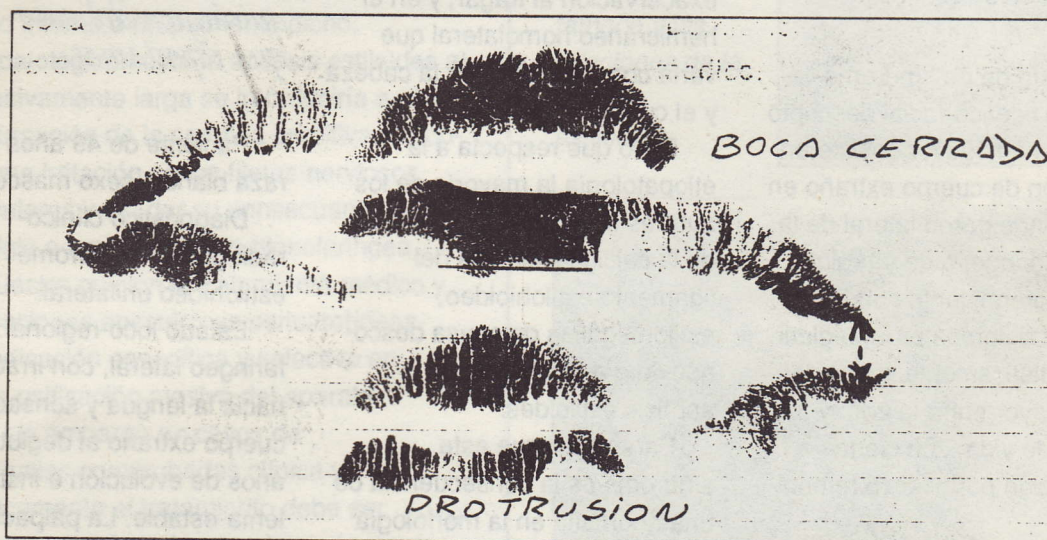


BC



COMISURAS

CLASE II 2da división



CLASE III

**Causística:**

La constante en los Queilogramas fue

- Simetría Alterada
- Presión labial negativa
- Ausencia de cierre labial
- Descenso de comisuras
- Ausencia de líneas
- Ausencia de contorno

**Conclusión:**

Efectuando variantes en el tipo de alimentación Terapia Myofuncional y respiratoria se obtuvieron Queilogramas normales por lo que a esta prueba la consideramos como una contribución para el estudio y seguimiento de pacientes respiradores bucales con deglución atípicas y anomalías dentarias.

**BIBLIOGRAFIA:**

Breuer; revista Ortad vol. 77- n. 5 y 6 Set-Dic. 1989.  
 Bucher: Trastornos Psicomotores en el niño. Barcelona- Toray Masson pp 76-98-117  
 Ferraz: Manual Práctico de Deglucicáo Atípica e Problemas Correlatos  
 Garliner D.: Myofuncional Therapy in Dental Practice.  
 Nova lorque- Bartel Dental Book Co. Inc. 1971.  
 Hertl M. Dianóstico Diferencial en Pediatría Barcelona Toray- 1980 pp 357-74  
 Houssay B.: Mecánica Respiratoria- Fisiología Humana  
 Bs.As. El Ateneo pp 310-305  
 Mogers R.: Tongue-Problems and Malocclusions Dent Clín N.A. julg. 1964  
 Padovan B.: Diglucicáo Atípica- Revista Ortodontia Vol 9- 1986  
 Veha J.M: Tratado de Semiología Pediátrica Panamericana pp 566-77-541-52  
 Pirilo Nogueira Antonio: Guías de lengua. T.M. Ma. Concepción Ferraz