

Recientemente, los asistentes al 2º Nivel del Curso sobre Disfunciones Orofaciales tuvieron la ocasión de escuchar la presentación sobre la "Estimuloterapia programada", método desarrollado por el Dr. Josep Durán Von Arx et al., que promueve la utilización de una serie de recursos para la reeducación de las funciones orales. Hace poco más de un año, el propio Dr. Durán me facilitó los materiales y textos explicativos, solicitando mi opinión -en un artículo que sería parte de una publicación- respecto a la utilización que como logopedas podíamos hacer de los mismos.

He de decir, en primer lugar, que tener el honor de que cuenten con uno para determinada tarea, conlleva por un lado la responsabilidad de estar a la altura de las circunstancias, y por otro implica dar una opinión que se ajuste a la realidad, expresando cuestiones que no siempre son fáciles de transmitir. Ese papel en esa ocasión me tocó a mí, y qué mejor medio, ahora, que la Revista de nuestro colegio para compartir mi opinión con el colectivo, sobretodo con los logopedas que se dedican al área de Terapia Miofuncional.

Os hago llegar aquí un resumen del artículo que, en su momento entregué a quienes me lo solicitaron, pero que al día de hoy no ha visto la luz. Actualmente, los citados recursos se están comercializando a los odontólogos en general, y los autores promueven su utilización mediante cursos de formación, dirigidos no sólo a profesionales de la odontología, sino también a higienistas dentales.

Esta publicación tiene como objetivo resaltar la competencia profesional que nos atañe como logopedas: la reeducación y rehabilitación de las disfunciones orofaciales del S.E. y pretende también contribuir a la reflexión sobre aspectos inherentes a nuestro ejercicio profesional.

La utilización de recursos en el tratamiento logopédico miofuncional de las disfunciones orofaciales

Diana Grandi Lda. en Fonoaudiología. Logopeda especializada en TMF. Master en Bioética y Derecho. Vicedecana del Col·legi de Logopedes de Catalunya

Una de las mayores preocupaciones de los profesionales que trabajamos sobre el sistema estomatognático (S.E.) es que el paciente logre automatizar el nuevo patrón muscular funcional, ya sea de la respiración, como de la deglución y la postura lingual en reposo, sobre todo, para evitar recidivas.

En algunas ocasiones nos preguntamos si ese paciente en particular será capaz de automatizar el patrón muscular adecuado, porque observamos que se alarga el tiempo de tratamiento sin que se consiga la habituación al nuevo engrama motor. ¿Es posible automatizarlo? ¿De qué manera?

La importancia y la complejidad del tema requiere que hagamos referencia a varios aspectos.

Padovan¹, como otros numerosos especialistas en el tema, considera que todas las funciones neurovegetativas orales se sustentan sobre la misma musculatura y los mismos impulsos nerviosos, por lo cual es de esperar que estando una de ellas desviada puedan producirse compensaciones patológicas en las demás. Y por contrapartida, el equilibrio de las diferentes funciones correlacionadas, incidirá positivamente en el equilibrio del conjunto y de cada una de las demás funciones.

Al hablar de las funciones del S.E. y sus alteraciones, generalmente se hace mayor referencia a la función de la deglución. Pero no olvidemos que la musculatura lingual ejerce su influencia sobre todas las funciones del S.E. y que además, la postura que la lengua adopta en reposo puede traernos sorpresas importantes en lo relativo a la alteración de la forma.

Acordamos con Durán y otros² en que de cara al tratamiento es necesario jerarquizar las funciones orales, para no incurrir en

Se debe realizar un estudio cuidadoso y exhaustivo para elegir los medios terapéuticos adecuados para cada paciente.

el error de intentar solucionar “la cola de la cascada funcional –deglución o patrón masticatorio-, despreciando su origen –la respiración–”.

A partir de estos conceptos podemos afirmar que la reeducación de la deglución y su automatización, así como la reeducación de la función masticatoria, tienen su base más sólida en la reeducación de la función respiratoria. No olvidemos que el equilibrio de la función respiratoria es capital para conseguir el desarrollo armónico de las otras funciones del sistema. La estimulación de la respiración tiene como objetivo mejorar gradualmente dicha función, restableciendo el uso de la cavidad nasal para favorecer la permanencia de una postura lingual adecuada, lo cual minimiza o incluso revierte la existencia de disfunciones orofaciales³. Un paciente que respira adecuadamente podrá modificar de manera exitosa su patrón masticatorio o deglutorio disfuncional.

En nuestro medio hablamos de deglución atípica o deglución disfuncional cuando el proceso deglutorio no se lleva a cabo de manera adecuada, según las características que ha de reunir una deglución adulta. Marchesan⁴ distingue la diferencia entre deglución atípica y deglución adaptada. Aunque en nuestro medio no se haga dicha distinción conceptual, coincidimos con el hecho de que, en caso de estar afectadas de manera importante la forma o específicamente la función respiratoria, aunque el paciente sea capaz de aprender el nuevo patrón motor, difícilmente dicho patrón se automatizará si, previamente, no se corrige la alteración de la forma o si no se revierte la causa que produce la disfunción respiratoria.

Durán y otros⁵ expresan que los pacientes que presentan alteraciones funcionales “... difícilmente realizarán los ejercicios propuestos por la reeducadora miofuncional, por falta de tiempo, por falta de memoria o por falta de interés”. En este punto se hace imprescindible reflexionar sobre algunos aspectos.

En primer lugar, es necesario recordar que **la Terapia Miofuncional (TMF)** es una especialidad de la Logopedia-Fonoaudiología y como tal **requiere la formación rigurosa del profesional y la especialización en esta área**. Por lo tanto, referirse al reeducador/a miofuncional implica referirse al fonoaudiólogo logopeda especializado en TMF.

En segundo lugar, no hemos de olvidar que la motivación es esencial para lograr la participación y colaboración del paciente. Grandi y Donato⁶ otorgan una gran importancia a lo que denominan “concienciación de la problemática detectada”, a través de la toma de conciencia, por parte del paciente, de las conductas musculares orales disfuncionales que realiza y que le provocan alteraciones. Expresan que motivando al paciente, se le moviliza y se le anima a que intente revertir dichas conductas, y consideran que la toma de conciencia es la base de cualquier intervención eficaz. Por lo tanto, variables como la posible “falta de tiempo, de memoria o de interés”, podrán ser revertidas de manera eficaz a través del trabajo directo terapeuta / paciente.

En cuanto a los resultados conseguidos con el tratamiento, Durán y otros⁷ expresan que “los resultados obtenidos con la estimuloterapia programada son muy superiores a aquellos que dependan de la colaboración del paciente”. Actualmente no contamos con estudios estadísticos para evidenciar dicha afirmación. Por otra parte, haciendo referencia a la falta de interés o de memoria, la mayor parte de los tratamientos de rehabilitación requieren de la voluntad y colaboración del paciente para ser efectivos. Indudablemente, determinado tratamiento será adecuado y eficaz para un determinado paciente y no lo será para otro. Como en cualquier tipo de intervención, debemos evitar generalizar recordando que cada caso es particular.

Ello supone que cada caso requerirá de un Plan de Tratamiento específico, a partir del diagnóstico inicial. En este sentido, se debe realizar un estudio cuidadoso y exhaustivo para elegir los medios terapéuticos adecuados para cada paciente, “...cuando esto no se cumple y se administran indiscriminadamente ejercicios, sin reparar en el agente causal o agravante, aplicando el precepto del todo vale, no haremos otra cosa que desviarnos de la rehabilitación”⁸.

Marchesan⁹ expresa su total desacuerdo en dar una lista de ejercicios de manera indiscriminada y agrega que este hecho fue lo que denigró en cierta forma a la fonoaudiología, ya que con esas listas todos podían trabajar motricidad orofacial, era necesario solamente tener una lista de ejercicios y aplicarla en cualquier paciente, con cualquier tipo de alteración. “...Y cuando esto no da resultado, la culpa acaba recayendo en el paciente a quien se tacha de no colaborador”, agrega esta autora.

Para poder indicar qué ejercicios y qué recursos son adecuados para tratar las alteraciones o las disfunciones concretas que presenta cada paciente, se debe buscar la causa de dicha alteración, para trabajar sobre ella y no directamente sobre la consecuencia. Cuando esté clara la etiología, se podrán determinar los pasos a seguir y se podrán seleccionar los métodos a implementar y los ejercicios y recursos necesarios para revertir esa problemática individual.

Por lo tanto, hacemos hincapié en que el tratamiento estará ligado al diagnóstico miofuncional, al diagnóstico ortodóntico y a los informes complementarios que sean necesarios para cada paciente en particular. Es en base a dichos diagnósticos que se podrá elaborar el plan terapéutico adecuado, teniendo presentes, por otra parte, las diferentes variables individuales: edad, sexo, tipo de maloclusión y biotipo facial, características de personalidad, nivel de formación, hábitos sociales, etc.

Variables individuales como edad, grado de escolaridad, ocupación y tipo de actividad socio-laboral, son condicionantes de peso e indicadores del estilo de vida y del tiempo disponible para llevar a cabo el tratamiento logopédico. Indudablemente –salvo casos excepcionales- cuanto mayor sea la dedicación, menor será la duración del tratamiento, y **todo recurso que favorezca la estabilidad del aprendizaje y la reducción del tiempo de trabajo, será bienvenido.**

Reflexió

El tipo facial ligado al tipo de maloclusión también es un condicionante esencial. Como expresa Bianchini¹⁰, tenemos caras diferentes y estructuras y espacios individualmente característicos, que hacen que las funciones estomatognáticas se procesen de manera propia respetando las diferencias individuales.

Por todo lo anterior, desde la Fonoaudiología - Logopedia consideramos importante **propiciar el trabajo terapeuta miofuncional / paciente, como eje indispensable para poder instaurar de manera automática y habitual un nuevo patrón muscular orofacial**. Es la relación sistemática terapeuta / paciente la que permite recorrer el proceso del conocimiento de lo que sucede (toma de conciencia), el aprendizaje del nuevo engrama motor (tratamiento propiamente dicho) y la automatización de los nuevos aprendizajes (etapa final del tratamiento).

La automatización de los nuevos engramas funcionales de la respiración, la masticación, la deglución y el habla, serán una consecuencia de todo ese proceso.

En definitiva, se trata de un cambio de conducta. El paciente y sus padres, si se trata de un niño, han de recibir la información y explicación suficiente de lo que acontece. Es fundamental la explicación inicial que se da al paciente y a su familia, ya que de ella dependerá, en gran medida, la motivación y colaboración durante el tratamiento.

Por otra parte, posiblemente deberemos realizar ajustes, tanto del procedimiento a seguir como del tipo de ejercitación o de los recursos a utilizar. Cada caso requerirá una atención individualizada, que sólo puede brindar el profesional especializado en esta área.

Es el fonoaudiólogo o logopeda especializado en TMF el que mejor conocerá las características de funcionamiento de ese paciente en particular y por tanto, de manera conjunta con el ortodoncista, podrán decidir qué recursos son necesarios para facilitar al paciente, tanto el aprendizaje de los nuevos engramas motores como así también la automatización de los mismos. Sabemos que la utilización inadecuada de los recursos obstaculiza la evolución favorable del tratamiento y en ocasiones puede agravar el cuadro preexistente¹¹.

Las posibles dificultades que pueda experimentar el paciente con el uso de los diferentes recursos, requerirán del análisis cuidadoso del terapeuta y de la sustitución del recurso o la modificación de las condiciones de uso. Y este feed-back sólo es posible si se mantiene el trabajo de interrelación logopeda / paciente.

En este sentido, los materiales que proponen Durán y otros son una serie de recursos que podrían ser de utilidad para el logopeda de cara al período de automatización. Pero de ninguna manera podrán ser supletorios del trabajo terapéutico que lleva a cabo el logopeda especializado en TMF.

Sólo basta hacer referencia, a modo de ejemplo, a la observación de los propios autores en referencia a las dificultades encontradas en relación al uso de algunos de los materiales que proponen. Por ejemplo, con relación al uso de los estimuladores nasales, expresan que "los valores de la codificación

del colapso de las narinas mejora al final de los nueve meses de tratamiento, manteniéndose ese resultado durante los siguientes cuatro meses. Después se inicia un período de recidiva que -diez meses más tarde- llega a ser del 50%". Probablemente dicha recidiva se deba al hecho de que no se trabajó directamente sobre la causa del colapso de las narinas (hábito respiratorio bucal) sino sobre la sintomatología (el colapso narinario propiamente dicho).

Sería interesante llevar a cabo un trabajo conjunto de tratamiento logopédico miofuncional con la utilización del estimulador nasal, para evidenciar si el porcentaje de recidivas es menor. Probablemente, la utilización de este recurso asociado a la terapia miofuncional arrojaría resultados más satisfactorios, tal como se observa con otros recursos existentes en TMF (Pantalla vestibular; Estimulador Vibratorio Orofacial (EVO); Mariposa Lingual, Guía Labial, Guía Lingual, entre otros).

Beneficios que puede brindar al logopeda la utilización de los recursos propuestos por Durán y otros:

Actualmente no contamos con datos suficientes que provengan de investigaciones en nuestro medio para verificar en qué porcentaje de pacientes se logra automatizar la respiración nasal o la deglución adulta, por ejemplo, y en todo caso, mediante la utilización de qué recursos.

Tampoco tenemos demasiados datos para comprobar si los cambios conseguidos en los patrones musculares orofaciales, después de determinado tratamiento (ortodóntico, logopédico u ortodóntico / logopédico combinado) se mantienen de manera permanente en el tiempo.

A nivel individual es indudable que muchos profesionales realizamos nuestros propios controles evolutivos y constatamos el número de pacientes con cambios estables, el número de recidivas, etc. Pero son datos irrelevantes si no trascienden al colectivo profesional. Pueden ser datos importantes para cada uno de nosotros y para nuestros pacientes en particular, pero no son útiles de cara al crecimiento profesional. **Es necesario encarar estudios de investigación longitudinales, que nos permitan ir ajustando los pasos que damos en el tratamiento interdisciplinario del S.E.**

Algunos de los recursos propuestos por Durán y otros pueden ser de gran utilidad para lograr automatizar los nuevos patrones musculares. Sin duda, la utilización de recursos facilitadores para la automatización funcional, posibilitará en muchos pacientes que se acorten los tiempos de tratamiento. Por lo tanto, **es importante estimular el uso de los diferentes recursos en aquellas situaciones que se estime conveniente, pero sin olvidar que son justamente recursos y que, de ninguna manera, pueden sustituir el abordaje terapéutico que desarrolla el fonoaudiólogo-logopeda especializado en TMF.**

Indudablemente, el trabajo sobre el S.E. requiere la intervención de un equipo interdisciplinario. Hablar de interdisciplina o incluso de transdisciplina, supone que los profesionales que intervienen tengan conocimiento sobre los diferentes aspectos involucrados. La transdisciplina se ubica en el nivel superior de las posibles interacciones entre disciplinas y no significa la hegemonía de un saber disciplinar sobre otros.¹²

Es muy interesante y enriquecedor para nuestras disciplinas recibir propuestas generadas por profesionales estudiosos e inquietos, como la del Dr. Durán, respecto a temas como el que nos ha planteado y que ha generado este artículo. Por ello, y en base a esta demanda, nos referiremos concretamente a la utilidad que el logopeda puede encontrar en cada uno de ellos.

Estimuladores nasales

Según los autores “han sido desarrollados para el tratamiento del colapso nasal durante la inspiración, pero actualmente se aplican como elementos de reeducación de la respiración”. Entendemos que si consiguen evitar o reducir el colapso nasal, tendrán un efecto positivo sobre la respiración nasal. Por lo tanto, son recursos que pueden ser efectivos en pacientes que presenten colapso nasal inspiratorio, de manera complementaria al trabajo miofuncional que llevará a cabo el logopeda especializado en TMF durante el proceso terapéutico.

En la rehabilitación logopédica, la utilización de los recursos no se limita exclusivamente a la sesión terapéutica. Algunos de ellos serán de uso diario en el hogar¹³, y este sería el caso de los estimuladores nasales, ya que el logopeda puede indicar al paciente que los utilice en su domicilio durante la realización de diferentes tareas y especialmente durante las horas de sueño. De todas maneras nos parece importante resaltar que, previamente a la utilización de los estimuladores nasales, el paciente haya podido experimentar la respiración nasal a través de la ejercitación logopédica miofuncional que requieran sus necesidades. No sería adecuado ni aconsejable -exceptuando casos puntuales- indicar el uso de estimuladores nasales antes de realizar los diversos ejercicios que pueden implementarse para promover la toma de conciencia respiratoria, la necesidad de la higiene nasal y la estimulación respiratoria nasal propiamente dicha. De lo contrario, se estaría trabajando sobre la consecuencia (colapso narinario) y no sobre la causa (hábito de respiración bucal).

Obturadores bucales

Los obturadores bucales “actúan por medio de un efecto de regulación del patrón respiratorio por medio de una progresiva limitación de la respiración bucal, iniciándose el procedimiento con unos obturadores bucales permeables, siguiendo con los semipermeables y, finalmente, los impermeables. El perfil engrosado del “obturador bucal” introduce un efecto secundario... ayuda a reducir la incompetencia labial, además del efecto obturador bucal del aparato”¹⁴.

Para conseguir los mismos objetivos, en el tratamiento logopédico miofuncional se utiliza la Pantalla oral o vestibular, con la que se lleva a cabo una ejercitación isotónica durante el sueño, e isométrica, en vigilia. Este recurso se utiliza en aquellos casos en que la ejercitación práctica labial no es suficiente para conseguir los objetivos enunciados. El obturador bucal podría ser una alternativa al uso de la pantalla oral y un recurso interesante para trabajar progresivamente la respiración nasal.

Estimuladores labiales

Los estimuladores labiales, según expresan Durán y otros¹⁵ estimulan a los músculos orbiculares generando ejercicios

nocturnos de aproximación de los labios que mejora la incompetencia labial y la longitud del labio superior.

Los autores enumeran algunos de los materiales que, según ellos expresan, utiliza actualmente la reeducación miofuncional para controlar la incompetencia labial. Agregan que “*la efectividad de los mismos es limitada, ... son ejercicios de prehensión que el paciente ha de realizar repetitivamente en casa*”. En este punto hemos de hacer un análisis pormenorizado de diferentes afirmaciones que, a nuestro entender, son erróneas y reduccionistas.

En primer lugar, hemos de recordar que la Terapia Miofuncional nace en los años 60 y que a partir de allí ha ido evolucionando de manera importante y ha ido incorporando nuevas técnicas, nuevos métodos y nuevos recursos.

Decir que la efectividad de los mismos es limitada significaría contar con suficientes datos estadísticos que avalen tal afirmación, y por otra parte, y tal como se ha expresado en páginas anteriores, no sería adecuado expresar que una técnica o un recurso concreto tienen una efectividad limitada, sin indagar con mayor profundidad: ¿en qué tipo de alteración ha sido utilizado dicho recurso?, ¿quién ha sido el responsable de indicar su uso y de dar las consignas de utilización?, ¿se han hecho evaluaciones periódicas de control para comprobar los resultados?, etc.

Por otra parte, en ocasiones la modificación de las disfunciones orofaciales y la automatización de los nuevos engramas motores es una tarea ardua y difícil y por ello generalmente aconsejamos que la ejercitación realizada en la consulta logopédica sea aplicada diariamente en el hogar¹⁶.

Ello no significa que el paciente deba “realizar repetitivamente en casa” los ejercicios. De ninguna manera se busca la repetición mecánica y sin sentido de una serie de ejercicios. Para el logopeda especializado en TMF es más importante que el paciente haya tomado conciencia de lo que le sucede y de aquello sobre lo que debemos trabajar, y del por qué se ha de trabajar. A partir de allí, no será necesario indicar una lista fría o interminable de ejercicios, quizás nos baste con que adopte, cada día y durante sus actividades cotidianas -tanto en casa como en la escuela, en el trabajo si se trata de un adulto, en el deporte, etc.- determinadas conductas que sean favorecedoras del cambio que perseguimos.

En cuanto a los cambios obtenidos en la mejora de la incompetencia labial y la longitud del labio superior que refieren los autores, tanto respecto al uso del obturador bucal como del estimulador labial, hemos de decir que mediante la ejercitación logopédica miofuncional también se observan cambios que pueden ser medidos y contrastados, respecto a la mejora del sellado labial y a la elongación del labio superior. De todas maneras, ello no obsta para incorporar como nuevos recursos, en los casos en que así se considere conveniente, el uso del obturador bucal y del estimulador labial.

Botones linguales

Los autores explican que los botones linguales pueden ser cementados en las caras palatinas de dientes anteriores o posteriores de la arcada superior, y que de esta manera actúan

Cualquier recurso que se utilice para reposicionar a la lengua y conseguir automatizar este aprendizaje, ha de tener en cuenta que el paladar es el único sitio en la cavidad bucal capaz de aceptar, sin riesgos, las fuerzas que sobre él genera la masa lingual.

como estímulo para la lengua. No hay duda que actuarán como estímulo para la lengua. Todos hemos experimentado en alguna ocasión el movimiento de búsqueda que realiza la lengua cuando existe un nuevo estímulo en la cavidad bucal. El problema es que en ocasiones, el hecho de que actúen como estímulo no significa que dicho estímulo sea positivo para la funcionalidad adecuada del sistema.

En el caso de los botones linguales, estimularían un posicionamiento retroincisivo de la lengua, por ejemplo, que si se perpetuara aún después de haber dejado de usarlos, sería con mucha probabilidad un factor de desestabilización dentaria y de la oclusión, por lo que nos parece dudoso el beneficio de utilizarlos.

Es interesante además recordar que el logopeda especializado en TMF cuenta con recursos muy valiosos para propiciar la posición adecuada de la lengua y facilitar su automatización.

Garliner¹⁷, considerado uno de los precursores de la Terapia Miofuncional, en los años 70 sentó las bases del tratamiento de las disfunciones orofaciales, haciendo hincapié en la importancia de la motivación del paciente, en la colaboración familiar y en el trabajo interdisciplinario. Fue además quien ideó recursos efectivos para trabajar lo que él denominó "el triángulo de fuerzas", y muchos de estos recursos continúan siendo utilizados hoy día por parte de logopedas especializados en TMF, por su probada eficacia, como es el caso, por ejemplo, de las bandas elásticas o gomas de ortodoncia. Así y todo, actualmente también contamos con nuevos recursos muy interesantes, como el Estimulador Vibratorio Orofacial (EVO) del Fgo. Juan J. Huertas; la Mariposa Lingual del Dr. Joan P. Marcó y equipo; la Guía de posicionamiento lingual de Altmann, entre otros.

Cualquier recurso que se utilice para reposicionar a la lengua y conseguir automatizar este aprendizaje, ha de tener en cuenta que el paladar es el único sitio en la cavidad bucal capaz de aceptar, sin riesgos, las fuerzas que sobre él genera la masa lingual. Concretamente, y tal como refiere Marchesan¹⁸, durante el reposo la porción anterior de la lengua contacta suavemente con el tercio anterior del paladar duro. La utilización de los botones linguales, en cambio, propicia un contacto más bajo y no garantiza la reubicación correcta de la lengua .

Relajantes musculares y Aparatos antibruxistas

Según explican los autores, estos recursos¹⁹ tienen como función el estiramiento del anillo muscular del buccinador, para lograr la relajación del mismo.

La complejidad del tema, especialmente por la cantidad de variables y aspectos implicados así como por la multiplicidad de síntomas relacionados con las disfunciones de ATM, es el

motivo por el que abordaremos, sólo y específicamente, las inquietudes que ello nos genera a nivel logopédico.

Es indudable la necesidad que tienen el paciente bruxista y el paciente apretador de relajar la musculatura masticatoria, para conseguir aumentar la dimensión vertical y evitar así la tensión que les genera su hábito. Pero también es verdad que la postura de boca entreabierta no es fisiológica si existe una respiración correcta. Según Bianchini²⁰, en los pacientes que presentan disfunciones de ATM puede observarse un patrón respiratorio de predominio superior o torácico superficial, pero esto se relaciona de manera significativa con los casos que presentan sintomatología dolorosa importante. El modo respiratorio generalmente es nasal, porque justamente el bruxismo o el apretamiento dentario se dan con mayor frecuencia en pacientes de tipo braquicefálicos.

Indudablemente es una patología muy compleja. Sería estúpido poder contar con un recurso que disminuyera la tensión y la sintomatología de dolor y malestar que genera en el individuo que la sufre. Según las conclusiones del estudio que han realizado los autores en 60 pacientes adultos, los resultados son alentadores y a nuestro entender estimulan a seguir indagando sobre su uso y sus efectos. De todas maneras, consideramos que el uso de este recurso debe contar con una valoración muy objetiva para comprobar si efectivamente, para cada uno de los pacientes en los que se lo quiera utilizar, será viable conseguir los beneficios que se persiguen. Nuestro criterio indica que, mientras se avanza en el estudio de este recurso y sus beneficios, el logopeda, el ortodoncista y el especialista en ATM deberían realizar una valoración cuidadosa y decidir si acuerdan proponer al paciente la utilización del relajante muscular. Por otra parte, en caso de utilizarlo, se le han de brindar al paciente las consideraciones precisas de uso para evitar posibles efectos no deseados.

Aparato para la mordida abierta

Según explican los autores²¹, fue diseñado para tratar la mordida abierta anterior y para mejorar el tono muscular laxo que presentan estos pacientes. El aparato presenta una base en forma de herradura, que en el sector anterior se proyecta hacia arriba en forma de escudo. La finalidad, según expresan los autores, es impedir la interposición lingual. En definitiva, y así también lo confirman ellos mismos, persigue la misma finalidad que otros aparatos funcionales, como la rejilla lingual. A nuestro entender, si bien la finalidad que se persigue es plausible -conseguir modificar el funcionamiento lingual para evitar la interposición-, lamentablemente no siempre lo consigue.

Los propios autores proponen nuevas líneas de investigación al respecto, ya que entienden que los cambios medidos en sus estudios no evidencian los factores que pueden haber determinado la mejoría.

En relación a los escudos o rejillas linguales, en general desde la logopedia no acordamos con el uso de este tipo de contenciones, ya que nuestra experiencia nos indica que con frecuencia la rejilla lingual provoca un mayor fortalecimiento de la lengua y por otra parte, no le enseña a reubicarse de manera correcta en la cavidad bucal, sino que simplemente la repliega. En algunas ocasiones puede ser efectivo su uso, pero por un corto período de tiempo y en pacientes respiradores nasales; aunque en general no somos partidarios de utilizarla. Segovia²² considera que las rejillas u otros elementos similares sólo obstaculizan en forma mecánica la interposición lingual, pero no conducen a una reeducación neuromuscular del S.E.

Chiesa y otros²³ realizan un análisis exhaustivo y una crítica interesante de los diferentes aparatos utilizados para la reeducación de la deglución y expresan que "cualquier instrumento que se introduzca en boca, en grado de obstaculizar el empuje lingual, con el tiempo podrá mejorar el alineamiento dentario, pero no cambiará en modo alguno el funcionamiento lingual". Los mismos autores subrayan que el engrama del movimiento deglutorio es sumamente complejo, y que si el encéfalo no ha adquirido el engrama correcto, es necesario que se produzca una reprogramación de dicho mecanismo, tarea que estará a cargo del terapeuta miofuncional.

El logopeda especializado en TMF tiene en sus manos una serie de recursos y técnicas para trabajar de manera exitosa con una mordida abierta anterior de tipo funcional. En muchas ocasiones, si se quita el factor de interferencia, la mordida

abierta anterior se cierra y además, con resultados ampliamente satisfactorios, comprobables no sólo por el terapeuta sino también por el odontólogo, el odontopediatra o el ortodoncista derivador, por el paciente y por sus padres.

Conclusiones

Los materiales que proponen Durán y colaboradores (Estimuladores nasales, Obturadores bucales, Estimuladores labiales, Botones linguales, Relajante muscular o aparato antibruxista y Aparato para la mordida abierta anterior) son una serie de recursos que podrían ser de utilidad para el logopeda, sobre todo de cara al período de automatización. Pero de ninguna manera podrán ser supletorios del trabajo terapéutico que lleva a cabo el fonoaudiólogo o logopeda especializado en TMF. No se debe correr el riesgo de pensar que la simple adopción de un recurso llevará en todos los casos y sin dificultad a lograr el cambio funcional perseguido.

...La preparación muscular, la ejercitación práctica, la puesta a punto de las diferentes funciones que se llevan a cabo en el S.E., requiere en ocasiones la utilización de recursos, y otras veces se valora que basta tan sólo utilizar el propio cuerpo como recurso primario e insustituible, pero a nuestro entender siempre es necesario el trabajo codo a codo terapeuta miofuncional / paciente.

Barcelona, Setiembre de 2008.

Referencia Bibliográfica:

- 1 Padovan, B. Deglutição – Automatização é possível?, en Motricidade Orofacial. Como atuam os especialistas – Pulso Editorial, SP (Brasil), 2004
- 2, 5, 7 Durán, J.; Carrasco, A.; Ustrell, J.M.; Echarri, P.; Merino Arends, M. La Estimuloterapia programada como base para el desarrollo de un Protocolo de reeducación funcional oral que nos lleva al concepto de Prevención en Ortodoncia - Pendiente de publicación
- 3, 6, 8, 11, 13, 16 Grandi, D.; Donato, G. Terapia Miofuncional. Diagnóstico y tratamiento - Ediciones Lebrón, Barcelona, 2006
- 4 Marchesan, I.Q. Deglutição atípica ou adaptada. Curso em vídeo - Pró-Fono Departamento Editorial, SP, Brasil, 1995
- 9, 18 Marchesan, I.Q.; Sanseverino, N.T. Fonoaudiología e Ortodontia / Ortopedia Facial – Pulso Editorial, SP, Brasil, 2004
- 10 Bianchini, EMG. A cefalometria nas alterações miofuncionais orais. Diagnóstico e tratamento fonoaudiológico. Pró-Fono Departamento editorial. SP, Brasil, 2002
- 12 Baldomá, A.M. Multidisciplina-Interdisciplina-Transdisciplina: Herramientas conceptuales para reflexionar acerca de nuestra práctica profesional. Fundamentos epistemológicos – Revista Logopèdia, Col·legi de Logopedes de Catalunya, Barcelona, 2006 (11), 8-11
- 14 Durán, J.; Carrasco, A.; Echarri, P.; Ustrell, J.M. El obturador bucal MFS como un método clínico de tratamiento de la incompetencia labial en los pacientes respiradores bucales - Pendiente de publicación
- 15 Durán, J.; Ustrell, J.M.; Carrasco, A.; Echarri, P. Efectos de los estimuladores labiales a nivel del grado de incompetencia labial y la longitud del labio superior - Pendiente de publicación
- 17 Garliner, D. Myofunctional Therapy in dental practice. III ed. Institute for Myofunctional Therapy, Florida, 1974
- 19 Durán, J.; Echarri, P.; Ustrell, J.M.; Carrasco, A. Un nuevo elemento prefabricado para relajar la musculatura en los pacientes bruxistas – Pendiente de publicación
- 20 Bianchini, EMG. Características funcionais dos pacientes com disfunções e alterações da ATM. En Articulação temporomandibular, implicações, limitações e possibilidades fonoaudiológicas. Pró Fono Departamento Editorial. SP, Brasil, 2000
- 21 Durán, J.; Carrasco, A.; Echarri, P.; Ustrell, J.M. Cambios clínicos obtenidos con el uso del aparato para la mordida abierta MFS en pacientes con mordida abierta anterior – Pendiente de publicación
- 22 Segovia, M.L. Interrelaciones entre la Odontoestomatología y la Fonoaudiología - Editorial Médica Panamericana, Bs.As., 1988.
- 23 Chiesa, D.; Ciaravolo, P.; Colasanto, S.; De Cicco, V.; Ferrante, A. La nuova ortodonzia. Quello che l'ortodontista d'oggi dovrebbe sapere per la scelta e la conduzione del trattamento – Marrapese Editore, Roma, 2007