

Disglosias

N. Toja y J. Peña-Casanova

INTRODUCCIÓN: EL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

El sistema estomatognático se define como la unidad anatomofuncional en la que se integran los sistemas digestivo, respiratorio y fonoarticular. Está constituido por músculos, huesos y espacios orgánicos que, mediante la función del sistema nervioso central, desarrollan, entre otras, las funciones básicas de masticación, deglución, respiración y lenguaje (cfr. Segovia, 2000).

La estructura y la funcionalidad adecuadas de los componentes del sistema estomatognático (estructuras de la boca, el maxilar y la mandíbula) permitirán la realización eficiente de los complejos movimientos requeridos para las distintas funciones del sistema; entre ellas, la articulación de la palabra. En consecuencia, cualquier modificación orgánica del sistema estomatognático, o alteración de las funciones orofaciales voluntarias o neurovegetativas (por ejemplo, masticación, deglución, respiración) que en él se cumplen, puede cambiar las características diferenciales de los sonidos y llegar a distorsionar o sustituir cualquiera de sus rasgos, produciendo, de esta manera, alteraciones articulatorias en el habla (Segovia, 2000).

Las anomalías anatómicas o malformaciones de los componentes del sistema estomatognático, y especialmente de los órganos fonoarticulatorios que intervienen en el habla, son casi siempre causa de defectos de la pronunciación.

DISGLOSIA: DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES

Se denomina disglosia a la alteración de la producción de los sonidos del habla producida por anomalías anatómicas o malformaciones de los órganos implicados en su articulación (Torres et al., 2003).

La disglosia definida de esta manera parecería ser un simple problema articulatorio; sin embargo, como se verá a lo largo de los párrafos siguientes, esta patología suele plantear ciertas dificultades en el momento de evaluar y planificar su intervención. Esta dificultad se debe a la compleja interrelación existente entre los órganos que participan en la producción del habla, la estrecha relación entre la forma de los órganos y sus funciones y los diferentes tipos de disglosias y sus posibles combinaciones.

La disglosia se ha relacionado siempre con la dislalia y la disartria, con las cuales habría que realizar un diagnóstico diferencial (Ribes et al., 2006).

Durante mucho tiempo, diversos autores han utilizado el término «disglosia» como sinónimo de dislalia orgánica, incluyendo en su definición las alteraciones de la articulación producidas por trastornos de origen no neurológico central. Es por este motivo que en la literatura médica podemos llegar a encontrar, en muchas ocasiones, la parálisis facial periférica como causa de la disglosia.

Actualmente se han ido sorteando estas dificultades terminológicas, y estas dos entidades

ya están bien delimitadas. De esta manera, el término «disglosia» ha quedado exclusivamente reservado para los *defectos articulatorios originados por alteraciones anatómicas o malformaciones de los órganos fonoarticulatorios*; por su parte, el término «disartria» se refiere a aquellos defectos de pronunciación originados por lesiones del sistema nervioso central o periférico. Debido a que, tanto la disartria como la disglosia, obedecen a causas orgánicas, ambas formarían parte de las llamadas dislalias orgánicas (alteración de la articulación de causa orgánica).

CLASIFICACIÓN

La clasificación de las disglosias se realiza en función del órgano periférico del habla afectado (Segovia, 2000). Consecuentemente, pueden distinguirse las formas que siguen a continuación:

- **Disglosias labiales.** Producidas por una alteración de la forma, fuerza o movilidad de los labios (Torres et al., 2003). Las causas más frecuentes que producen esta disglosia son el labio leporino, el frenillo labial superior corto o hipertrófico, la fisura del labio inferior, las cicatrices labiales, etc.
- **Disglosias maxilofaciales.** Aunque ciertos autores suelen denominarlas disglosias mandibulares, sin embargo, debido a que el origen de este tipo de disglosia es un trastorno en la relación maxilomandibular que alterará de manera directa las características faciales (Segovia, 2000), consideramos que resulta más conveniente denominarlas disglosias maxilofaciales. Su causa radica en una alteración en el maxilar inferior o en la relación entre éste y el maxilar superior (maloclusión ósea). Bajo este epígrafe se incluyen, entre otras, la atresia mandibular, la progenie y la disostosis maxilofacial.
- **Disglosias dentales.** En esta entidad, la articulación se ve afectada por anomalías en la forma, tamaño o posición de los dientes. Tal es el caso de las agenesias dentales, dientes supernumerarios, microdoncia (dientes pequeños) y macrodoncia (dientes grandes). Las causas que pueden originar estas anomalías son diversas: genéticas, desequilibrios hormonales, alimentarias, traumatismos con pérdida prematura de piezas dentarias, etc.
- **Disglosias linguales.** Son producto de una alteración orgánica de la lengua. La anomalía más frecuente que ocasiona este tipo de

disglosia es la anquiloglosia o frenillo lingual corto. Sin embargo, también pueden acontecer por otros tipos de malformaciones linguales menos frecuentes, como la macroglosia (aumento del tamaño de la lengua), la microglosia (lengua más pequeña de lo normal) o la esquizoglosia (lengua dividida).

- **Disglosias palatinas.** También se las suele denominar rinolalia abierta. Las dificultades articulatorias se deben a una malformación orgánica del paladar óseo y/o del velo del paladar. Las anomalías más frecuentes que dan origen a este tipo de disglosias son la fisura del paladar óseo y/o del paladar blando, la fisura submucosa del velo del paladar y el velo corto.
- **Disglosias nasales.** También denominadas rinolalia cerrada. Están producidas por la alteración y/u obstrucción funcional o mecánica de las fosas nasales. Las causas más comunes son la desviación del tabique nasal, hipertrofia de cornetes, pólipos nasales e hipertrofia adenoidea (debido a la estrechez de la luz faríngea, se reduce o se impide el paso del aire hacia la cavidad nasal).

DESCRIPCIÓN DE LOS SÍNTOMAS EN EL HABLA

La sintomatología de la disglosia se expresará como un trastorno en la articulación de la palabra. El sonido o grupo de sonidos que estarán alterados dependerán de cuál sea el órgano que esté afectado (tipo de disglosia). En el cuadro 8-1 se pueden apreciar las dificultades articulatorias características de cada tipo de disglosia. Si bien las características del habla mencionadas suelen ser las más frecuentes para cada tipo de disglosia, esto no implica que necesariamente deban estar siempre presentes, ya que, en definitiva, esto dependerá de la capacidad adaptativa de las estructuras anatomomusculares de los órganos fonoarticulatorios. De esta manera, en la práctica clínica podremos encontrar tanto maloclusiones insignificantes que presentan importantes trastornos articulatorios, como también casos de maloclusiones severas con leves trastornos articulatorios.

ETIOLOGÍA

La etiología de las disglosias puede ser muy variada; puede deberse a una única causa o a varias, que interfieren en el normal funcionamiento de uno o de varios órganos fonoarticulatorios.

CUADRO 8-1 Disglosias y alteraciones articulatorias asociadas

Labiales

Alteraciones principales:

- Vocales posteriores *o*, *u* (dificultad en protruir los labios).
- Consonantes labiales *p*, *b*, *m*.
- Consonantes labiodentales *f*, *v*.

Maxilofaciales y dentales

Alteraciones principales:

- Dependientes del tipo de maloclusión y alteración dentaria del paciente.
- En general, mayor frecuencia de alteración de los fonemas /t/, /d/, /n/, /l/ y /s/.

Si la retrusión es mandibular:

Se añaden dificultades en fonemas bilabiales (imposibilidad para el cierre labial), los cuales están producidos por el contacto del labio inferior y los incisivos superiores.

Si la mandíbula es muy prominente (p. ej., progenie):

Articulación de los fonemas linguodentales y linguoalveolares con el dorso de la lengua (no con el ápice, produciendo así una distorsión del fonema emitido).

Las bilabiales también presentan dificultades en su producción, y son articuladas a partir del contacto entre el labio superior y los incisivos inferiores.

Linguales

Alteraciones principales:

Fonemas que conllevan una elevación del ápice lingual para contactar con el paladar como ocurre en los fonemas /l/ y /r/ (vibrante simple y múltiple).

Palatinas

Alteraciones principales:

Trastorno de la resonancia de la voz (por escape de aire desde la cavidad oral hacia la cavidad nasal, originado por una comunicación anormal entre estas cavidades o por una falta de sellado entre el velo del paladar y la pared posterior de la faringe).

A esta alteración de la resonancia se la denomina hipernasalidad y se caracteriza por la nasalización (escape de aire nasal) de los fonemas orales.

Si existe incompetencia del esfínter velofaríngeo:

Producción de fonemas explosivos u oclusivos a partir de un golpe de glotis en un intento de compensar el escape de aire nasal (Zambrana y Dalva, 2003).

Nasales

Hiponasalidad por la imposibilidad de la circulación de aire por las fosas nasales.

- La articulación de los fonemas nasales (/m/, /n/, /ñ/) suele producirse con rasgos orales.
- Generalmente dichos fonemas están distorsionados, y se asemejan a los fonemas /b/ o /p/.

Las causas que motivan la disglosia corresponden a todos los trastornos que afecten a los órganos responsables de la articulación de la palabra (Ribes et al., 2006). Pueden citarse, de modo ilustrativo, las siguientes causas:

- Malformaciones congénitas craneofaciales; entre ellas: fisura de paladar; síndrome de

Pierre Robin (con micrognatia, glosoptosis, paladar hendido, o después de malformaciones), síndrome de Treacher Collins o disostosis mandibulofacial.

- Trastornos del crecimiento.
- Anomalías adquiridas como consecuencia de lesiones, médicas o quirúrgicas, en la estructura orofacial.

Respecto a los trastornos del crecimiento, cabe destacar que, si bien cada individuo presenta una estructura ósea que viene determinada por la herencia, como en el caso de la progenie o de la atresia mandibular, posteriormente esta estructura será modificada y moldeada por la acción de los músculos orofaciales y posturales de la cabeza y el cuello. Por este motivo, resulta sumamente importante investigar la existencia de factores externos o ambientales que puedan estar incidiendo durante el crecimiento originando, manteniendo o empeorando el cuadro patológico. Un ejemplo claro de lo dicho anteriormente lo constituyen los efectos producidos por las parafunciones (hábitos orales inadecuados), como succión digital, succión labial, onicofagia, uso del chupete y/o el biberón hasta edades avanzadas, donde la alteración en la musculatura orofacial, provocada por la persistencia de estos hábitos inadecuados, puede llegar a originar una maloclusión con una consecuente alteración en la articulación de los sonidos (disglosia).

En la práctica clínica, las disglosias más frecuentes son las maxilofaciales y las dentales, y sus causas son las maloclusiones. Una gran parte de ellas están relacionadas con alteraciones en la respiración, la masticación y la deglución que actúan modificando la posición normal de los dientes, así como también la relación entre ambos maxilares. Según *Moyers (1992)*, las funciones orofaciales son determinantes del crecimiento de la cara. En la actualidad es bien conocido y aceptado que tanto la respiración oral como la deglución disfuncional pueden originar una tendencia a la retrusión mandibular, así como la masticación unilateral puede originar una mordida cruzada posterior (donde los dientes inferiores encastran por fuera de los superiores). *Borrás y Rosell (2006)* han constatado que un gran porcentaje de maloclusiones, asociadas o no a trastornos esqueléticos y/o musculares, estaban relacionadas con alteraciones en dichas funciones.

Establecer una relación entre los trastornos esqueléticos y funcionales es una tarea difícil que requiere amplios conocimientos sobre las estructuras faciales estáticas y dinámicas. Muchas veces, estos factores se entrelazan de tal manera que resulta casi imposible concluir el origen del trastorno (*Zambrana y Dalva, 2003*) debido a que, en general, estas disfunciones orofaciales no se presentan de manera aislada sino que la

mayoría de las veces se encuentran interrelacionadas entre sí. Así pues, en un respirador oral veremos, por ejemplo, la boca abierta permanentemente y la lengua en una postura baja (para permitir el paso del aire por la cavidad oral). Esta postura baja de la lengua será la adoptada igualmente durante la deglución, dando origen a una deglución disfuncional, a una alteración de la oclusión dentaria y del desarrollo de los maxilares (especialmente en el superior debido a la falta de estímulo lingual), con la consecuente alteración de los puntos articulatorios de determinados sonidos.

EVALUACIÓN

Debido a la multiplicidad de factores intervinientes y a la gran cantidad de alteraciones presentes afines a distintas especialidades, resulta necesario que tanto la evaluación como el tratamiento de las disglosias se lleven a cabo de manera interdisciplinaria. La disglosia exige una variedad de profesionales de distintas especialidades dependiendo de las características de la patología de base y de su gravedad. El equipo interdisciplinario encargado del tratamiento de las alteraciones maxilofaciales suele estar formado por un odontólogo, un otorrinolaringólogo, un cirujano plástico, un logopeda, un psicólogo, un asistente social, un alergólogo, un pediatra, etc.

Desde el punto de vista logopédico, la evaluación será bastante similar a la expuesta en el caso de la dislalia. La diferencia radicará en que se hará mayor hincapié en la evaluación de las características anatomofuncionales de los órganos fonoarticulatorios y de las funciones vitales neurovegetativas que se cumplen en el sistema estomatognático, con el fin de correlacionarlas con las alteraciones articulatorias halladas en el habla del paciente. Si bien se hará énfasis en estos puntos, no debe dejarse de lado el lenguaje. Muchos autores no mencionan la exploración del lenguaje como parte de la evaluación de la disglosia; sin embargo, resulta de vital importancia conocer el nivel cognitivo y de lenguaje que presenta el niño, ya que esto permitirá hacer las adaptaciones pertinentes en el plan de tratamiento para intervenir de la manera más adecuada y ajustada a las características particulares del paciente y de su patología.

Anamnesis

El proceso evaluativo comenzará con la realización de la anamnesis sobre la evolución del

lenguaje, la comunicación y el habla, la cual contará con información referida a los antecedentes pre, peri y posnatales, así como también la concerniente a los hitos de madurez neuro-psicobiológica (cognitivo, lenguaje, psicomotricidad). Por ser la disglosia una patología que presenta múltiples alteraciones en el sistema estomatognático, será necesario indagar con mayor profundidad sobre la evolución de la maduración de las praxias neurovegetativas que se cumplen en dicho sistema, así como también sobre la persistencia de hábitos orales inadecuados que puedan estar interfiriendo en su correcto desarrollo. Por lo tanto, será primordial recabar información acerca de:

- **Hábitos alimentarios:** lactancia natural y/o artificial (biberón) y hasta qué edad, si presentó dificultades para la succión, a qué edad comenzó a ingerir alimentos semisólidos y sólidos, si persiste una dieta blanda.
- **Respiración:** si presenta la boca abierta la mayor parte del tiempo (incluso cuando duerme), si ronca, si tiene apneas del sueño, si se encuentra constantemente resfriado, etc.
- **Deglución y masticación:** si demora mucho en comer, si necesita beber mucho líquido durante las comidas, si presenta regurgitación nasal de alimento, etc.
- **Hábitos orales inadecuados:** si utilizó chupete y hasta cuándo, si presentó o presenta succión de algún dedo u objeto, si se muerde las uñas (onicofagia), el labio o algún objeto, si tiene bruxismo (diurno o nocturno).

Evaluación anatomofuncional de los órganos fonoarticulatorios

Una vez finalizada la anamnesis, realizaremos una evaluación anatomofuncional de los órganos fonoarticulatorios en la que se explorará la morfología y la funcionalidad, tanto en reposo como en movimiento, de las estructuras orofaciales (labios, lengua, paladar óseo, velo, etc.), así como también la relación entre dichas estructuras (oclusión dentaria, etc.).

La maloclusión dental puede provocar problemas articulatorios y malos hábitos linguales, con la consiguiente distorsión de las producciones verbales (cuadro 8-2).

Las funciones orofaciales de respiración, masticación, deglución y fonación (voz y articulación) se evaluarán en una primera instancia de manera espontánea, sin que el niño sepa que lo estamos

observando, y luego a la solicitud buscando signos particulares de disfunciones. A continuación se presentan unas guías de exploración.

RESPIRACIÓN

En cuanto a la respiración, se valorará el tipo, el modo, el ritmo y la amplitud respiratoria, así como la permeabilidad y la funcionalidad nasal. Durante esta instancia también deberemos buscar la presencia de signos indicadores de respiración oral (labios secos, cúmulo de saliva en las comisuras, ojeras, etc.).

Conviene observar la presencia de amígdalas y/o adenoides hipertróficos ya que pueden dificultar el paso del aire y modificar la resonancia oral y nasal del habla.

El *cierre velofaríngeo* debe comprobarse mediante el soplo de una llama, o la succión por medio de una pajita, aunque estas exploraciones simples no siempre son suficientes ya que el objetivo central de la evaluación es comprobar si el velo se mueve con la rapidez requerida en la producción de los sonidos del habla. La videofluoroscopia será la exploración que permitirá observar con detalle las características del movimiento y los puntos de contacto del velo concomitantes con los movimientos de los órganos articulatorios.

DEGLUCIÓN

Durante la deglución normal, los dientes se encuentran en contacto, los labios juntos en forma pasiva y la punta de la lengua apoyada sobre la ruga palatina (tercio anterior del paladar). La lengua debe ser ágil y flexible y debe observarse en posición de reposo, durante la masticación y la deglución. Asimismo, se observará la presencia de contracción muscular de los maseteros y la ausencia de contracción de los músculos peribucales y de la mímica.

La evaluación de la deglución se puede llevar a cabo de dos maneras diferentes (Segovia, 2000):

- **A boca cerrada.** Observaremos si hay contracción de los orbiculares de los labios, qué órganos intervienen para el sellado anterior y si hay intervención de otros músculos de la mímica o movimientos de la cabeza.
- **Entreabriendo los labios.** Al momento de deglutir, separamos los labios con nuestros dedos y observamos si la lengua se interpone entre los dientes inferiores y superiores, si

CUADRO 8-2 La maloclusión y sus clases

Maloclusión

Con este término se define una inadecuada alineación de los dientes o del modo en que los dientes superiores e inferiores encajan entre sí. El término fue introducido por Edwar Angle, autor fundamental en el desarrollo de la ortodoncia moderna. La maloclusión es un fenómeno muy frecuente, aunque no alcanza los grados que requieren intervención terapéutica.

Existen distintos tipos de maloclusión, que dependen de las diferentes relaciones anormales establecidas entre los dientes y la mandíbula. La clasificación de las maloclusiones más usada es la de Angle. Este autor se basó en la relación del primer molar superior permanente con el primer molar inferior permanente (considerados puntos fijos de referencia de la estructura craneofacial). Angle no consideró las relaciones transversales ni verticales, ni las anomalías óseas. A continuación se expone sucintamente la clasificación de este autor. El lector encontrará más detalles en obras especializadas.

Clase I: neutroclusión (normoclusión, oclusión neutra). En este caso se observa que las relaciones molares de la oclusión son normales («engranaje correcto»). Puede existir una neutroclusión con diferentes posiciones dentarias: espaciamientos, apiñamientos, mordidas cruzadas, posición anómala de una o más piezas dentarias, caninos elevados, etc.

Clase II: distoclusión (retrognatismo). En este caso, los molares superiores se sitúan por delante de la línea mesiovestibular. Toda la arcada maxilar se sitúa anteriormente desplazada, o la arcada mandibular está retraída con respecto a la superior.

- *División 1:* las relaciones molares son de clase II, pero los dientes anteriores están protruidos.
- *División 2:* las relaciones molares son de clase II, pero los centrales están retroinclinados, y los laterales se superponen sobre los centrales.

Clase III: mesioclusión (prognatismo). En este caso, el frente inferior de los dientes es más prominente (queda por delante) que el frente superior. Con frecuencia, el paciente tiene una mandíbula grande y un maxilar corto.

apoya sobre la cara palatina de los incisivos (inferiores o superiores) o si contacta contra el paladar. También observaremos si hay resistencia de los orbiculares en un intento de cierre labial. Cuando el tipo de mordida no nos permite ver dónde contacta la lengua, podremos solicitar al niño que preste atención a este hecho y nos los diga. Sin embargo, en la mayoría de los casos esto no suele ser necesario debido a que una gran parte de los sujetos con deglución atípica presentan mordida abierta (los dientes superiores no contactan con los inferiores, dejando un espacio entre ellos), como en los casos de deglución con interposición lingual, que permite ver la posición de la lengua al tragar.

La evaluación de la deglución se realizará con distintas consistencias: semisólidos, sólidos y

líquidos. En el momento de valorar la deglución con alimentos sólidos, también observaremos conjuntamente la función masticatoria. La deglución atípica se caracteriza por una falta de cierre labial, un déficit en la succión y una protrusión lingual durante la masticación y también la deglución.

- **Masticación.** Durante la masticación se observará si hay contracción de los maseteros y si es simétrica o asimétrica, si mastica con la boca cerrada o abierta, si hace ruido, si hay masticación unilateral o bilateral, si es una masticación posterior o anterior (premolares, caninos e incisivos), si los buccinadores colaboran pero sin excesiva tensión, si mastica mucho o poco y si quedan restos de alimentos en la lengua, en el paladar y/o en los carrillos después de deglutir.

- **Articulación.** La evaluación de la articulación se realizará mediante la repetición de sílabas aisladas con el fin de detectar las alteraciones del punto y el modo articulatorio de los sonidos. Se observarán y registrarán los tipos de errores producidos (omisión, sustitución o distorsión) por el niño. Hay que ser muy cuidadoso al evaluar la articulación, ya que en muchas ocasiones las alteraciones no son audibles (consigue una emisión correcta porque logra compensar), pero sí son visibles porque los puntos de apoyo para su producción son incorrectos. Esto es especialmente interesante para la intervención, porque los apoyos correctos estimulan el crecimiento de los maxilares, cosa que no ocurre cuando estos apoyos son incorrectos.

TRATAMIENTO

La rehabilitación de las disglosias plantea la necesidad de un trabajo interdisciplinario que permita enfocar el problema desde diferentes ángulos y con una sola perspectiva, el bienestar biopsicosocial del paciente (Segovia, 2000). Cada caso deberá analizarse en forma particular. Será necesario planificar en forma interdisciplinaria la estrategia del tratamiento y los tiempos terapéuticos en los que actuará cada profesional.

El tipo de intervención que habrá que realizar dependerá directamente del tipo de alteración orgánica que presente el niño y de la etiología de ésta. Así, en algunos casos, como por ejemplo en las maloclusiones, será suficiente con la intervención del logopeda y el odontopediatra, y en otros, como en las fisuras de paladar, se requerirá la intervención de la totalidad del equipo maxilofacial.

Terapia miofuncional

Desde el punto de vista logopédico, para la rehabilitación de las disglosias nos valdremos de la terapia miofuncional, definida como el conjunto de procedimientos y técnicas utilizado para la corrección del desequilibrio muscular orofacial, la creación de nuevos patrones musculares en la deglución y la articulación de la palabra, así como la reducción de hábitos nocivos, la mejora de la estética del paciente. Los ejercicios que se emplean en dicha terapia sirven para estimular la musculatura, desarrollar habilidades y concienciar el esquema corporal (Segovia, 2000).

Si bien cada tipo de disglosia requerirá un tipo intervención diferente, de modo general podemos plantear objetivos terapéuticos comunes que habrá que adaptarlos según las características de cada caso en particular.

Aspectos que hay que abordar en la terapia

Debido a que la disglosia se encuentra estrechamente relacionada con las anomalías estructurales de los órganos fonoarticulatorios, los malos hábitos orales y la alteración de las funciones orofaciales, para su corrección será necesaria la rehabilitación conjunta de todos estos factores. Por lo cual, durante la rehabilitación deberán abordarse los aspectos que se citan a continuación.

Corrección del desequilibrio de la musculatura orofacial.

Para ello se realizarán ejercicios pasivos como masajes y/o estimulación térmica (calor si se busca disminuir el tono muscular o frío si se busca incrementarlo) y también ejercicios activos a partir de la realización de diferentes prácticas orolinguofaciales. Cabe recordar que, en general, estaremos trabajando con niños, por lo que las actividades planteadas deberán conservar siempre un carácter lúdico.

Eliminación de los hábitos orales inadecuados.

Éste es un requisito esencial para un buen resultado del tratamiento. El apoyo de los padres será fundamental en esta instancia. En ocasiones, si la respuesta no es adecuada, se puede requerir una intervención psicológica para analizar el mecanismo psicológico que sostiene este mal hábito. Por otro lado, si el niño está siendo sometido a un tratamiento ortodóncico, se puede llegar a evaluar la posibilidad de añadir a la aparatología usada algún dispositivo que impida (físicamente) llevar a cabo el mal hábito en cuestión.

Enseñanza del patrón respiratorio correcto (tipo y modo) y su automatización.

Resulta necesario aclarar que sólo podremos enseñar el patrón respiratorio correcto una vez resuelto el problema otorrinolaringológico de base, ya que no podremos pedirle al niño que respire por la nariz si posee una permeabilidad y funcionalidad nasal escasa o nula. Este aspecto podrá abordarse cuando su ventilación nasal sea la adecuada y permita un intercambio pulmonar suficiente.

Tras el tratamiento médico y/o quirúrgico, la respiración oral ya no será una necesidad, sino un mal hábito. Es en este momento cuando podrá iniciarse el abordaje de la respiración. Para ello, realizaremos una ejercitación de la estimulación olfatoria, la ejercitación de diferentes tipos de soplos (bucal/nasal, continuo/discontinuo, fuerte/suave), etc. Se explicarán los beneficios de la respiración nasal y mediante la ejercitación se buscará despertar nuevas sensaciones propioceptivas, con el fin de lograr el tipo y el modo respiratorio correcto. Para su automatización podremos emplear tarjetas recordatorias distribuidas en lugares estratégicos que frecuente el niño. También se le puede solicitar que sostenga un papel entre sus labios (si se olvida y abre la boca, el papel caerá) mientras realiza la tarea escolar, etc. En la etapa de concienciación el papel de los padres es fundamental.

Interrupción del patrón deglutorio incorrecto, enseñanza del patrón correcto y su automatización.

Los niños suelen considerar esta parte del tratamiento bastante tediosa y aburrida, por lo cual suelen presentar un cierto rechazo a la ejercitación planteada. Por este motivo, comenzaremos la enseñanza del patrón deglutorio correcto a partir de la explicación de los pasos que el niño debe seguir, para luego pasar a la ejercitación directa dentro de las actividades lúdicas (p. ej., juegos de recorridos, donde se avanza si se «traga bien»). Con un espejo y una explicación sencilla («junto las muelas, llevo la punta de la lengua a las arruguitas —ruga palatina— y trago»), la mayoría de los niños logran realizar el patrón correcto en la primera sesión de práctica. Al comienzo de la ejercitación podremos solicitar al niño que trague con los labios separados (como con una sonrisa). De esta manera, tanto el niño como el logopeda pueden observar qué sucede con la lengua y el alimento (si se mantienen dentro de la boca o si se escapan entre los dientes) en el momento de deglutir. Asimismo, mediante esta maniobra se evitará la contracción de los labios en el momento de tragar. Una vez que el niño logra el patrón correcto, le solicitaremos que comience a tragar con los labios juntos, ya que ésta es la forma natural de hacerlo.

Corrección del punto y el modo articulatorio de los sonidos distorsionados y/o sustituidos, y su posterior automatización. Aunque el sonido en sí no se escuche distorsionado, durante la rehabilitación de este

aspecto se buscará que los apoyos articulatorios sean los correctos con el fin de estimular el crecimiento armónico de las estructuras orofaciales. Sin embargo, debemos tener en cuenta que esto no siempre será posible, ya que en casos de malformaciones maxilofaciales severas, habrá cuestiones anatómicas que harán imposible llevar esto a cabo. En dichos casos no se buscará el apoyo articulatorio normal, sino la compensación más aproximada que permita la producción del sonido en cuestión y que, al mismo tiempo, estimule el desarrollo óseo en el sentido deseado.

La comunicación entre los integrantes del equipo interdisciplinario especializado en alteraciones maxilofaciales permitirá dilucidar la forma más adecuada de rehabilitar las alteraciones articulatorias para un desarrollo más armónico del sistema estomatognático. Como ejemplo, podemos mencionar la rehabilitación del sonido /s/ en la progenie; así pues, si enseñamos el punto articulatorio correcto (incisivos inferiores), terminaremos favoreciendo la acentuación de la maloclusión, ya que estaremos estimulando un mayor crecimiento del maxilar inferior. En estos casos se suele sugerir la enseñanza de dicho sonido a partir del contacto con los incisivos superiores (Segovia, 2000). Teniendo en cuenta estas salvedades, la metodología utilizada para la enseñanza del punto y el modo articulatorio de los sonidos será similar a la usada para la dislalia (enseñanza de sonido aislado, ejercitación en sílabas, palabras, frases y su posterior automatización).

El intercambio fluido entre el equipo interdisciplinario y la familia del niño es de vital importancia. Los padres deberán participar de forma activa en el tratamiento. Sólo ellos podrán ayudar a generalizar lo aprendido a partir del trabajo continuo en el hogar.

Bibliografía

- Borrás S, Rosell V. Guía para la reeducación de la deglución y trastornos asociados. Valencia: Libres; 2006.
- Gianni E. La nuova ortognatodonzia. Padova: Piccin; 1989.
- Giménez J, López J. Audición y lenguaje. Sevilla: Editorial MAD; 2006.
- González N. Alteraciones del habla en la infancia: aspectos clínicos. Buenos Aires: Panamericana; 2003.