

## ARTÍCULOS ORIGINALES

Hospital Pediátrico Docente  
"Juan Manuel Márquez"

### *METODOLOGÍA DEL TRABAJO LOGOFONIÁTRICO EN EL PACIENTE FISURADO LABIOPALATINO*

*Lic. Sandra Sánchez León<sup>1</sup> Lic. Bertha María García Fiardor<sup>2</sup> y Dra. Norma Regal  
Cabrera<sup>3</sup>*

**RESUMEN:** Las fisuras labiopalatinas son anomalías congénitas frecuentes en la población infantil, su etiología es variada, se deben a causas genéticas, afecciones fetales, agentes químicos, etcétera, tienen una gran incidencia en las alteraciones del lenguaje, influyen sobre todo en su calidad, por lo que la atención logofoniátrica es parte importante en la habilitación del habla y la voz de estos pacientes y debe comenzarse en edades tempranas. Con este trabajo queremos significar la necesidad del tratamiento logopédico en pacientes con dichas malformaciones, antes y después de la intervención quirúrgica, así como reflejar los criterios clínicos en cuanto a su pronóstico.

**Descriptor DeCS:** LABIO FISURADO; PALADAR FISURADO; TRASTORNOS DEL HABLA/terapia; LABOTERAPIA/métodos.

Las fisuras labiopalatinas son anomalías congénitas que tienen lugar en el proceso de la organogénesis, cuando no se funcionan del todo o en partes los mamezones de los maxilares superiores.<sup>1</sup> Su etiología es variada, pueden aparecer durante el inapropiado desarrollo fetal, a consecuencia de factores genéticos, de factores teratógenos externos que dañen el embrión o por la acción de agentes químicos teniendo gran repercusión la ingestión de medicamentos:<sup>2</sup>

#### Clasificación de las fisuras

##### Labiales

Unilaterales	completas
	incompletas
Bilaterales	completa
	incompleta

Combinada	Completa de un lado
	incompleta del otro

<sup>1</sup> Licenciada en Logopedia.

<sup>2</sup> Licenciada en Logopedia.

<sup>3</sup> Especialista de I Grado en Logopedia y Foniatría.

## Palatinas

Completas paladar duro y blando

Incompletas paladar blando, siempre En la línea media

Pueden ser bilaterales unilaterales

Labioalvéolopalatina: Son las más complejas.

Submucosa: La fisura palatina está cubierta por mucosa y se percibe por el tacto digital.<sup>3</sup>

Los pacientes fisurados labiopalatinos son atendidos en el Servicio de Maxilofacial y Logofoniatría entre otras especialidades, la intervención quirúrgica debe hacerse antes de los 18 meses. Desde el punto de vista logofoniatrico el habla se encuentra afectada con dificultades en la articulación de los sonidos (dislalia orgánica) y en la resonancia de la voz por incrementarse ésta, el vocabulario y la estructuración gramatical también pueden tomarse. La patología del lenguaje que padecen estos pacientes es la hiperrinolalia caracterizada por una resonancia nasal aumentada como consecuencia del paso libre del aire por la cavidad nasal en el proceso de la articulación y emisión de los sonidos bucales.<sup>4</sup>

El tratamiento logopédico comienza antes de la operación y está encaminado a:

- Mejorar motricidad articulatoria labial y lingual.
- Confeccionar plan de estimulación cognitivo general que abarque diferentes esferas como son la motora, la social, el validismo, la cognoscitiva y la del lenguaje, se trabaja también en el reforzamiento del uso de los órganos articulatorios ejercitando el chupeteo, la masticación, movilidad lingual en las 4 direcciones etc.

- Estimular y ampliar el vocabulario activo y pasivo del niño.

Después que el cirujano maxilofacial restablece las estructuras anatómicas afectadas, el logofoniatra explora, valora y determina la conducta a seguir con el paciente indicándole ejercicios funcionales con el objetivo de tratar de lograr la corrección y habilitación fisiológica del habla y la voz, una vez determinado el tratamiento a seguir el paciente acude al departamento técnico donde es atendido por el licenciado en la especialidad quien ejecuta con éste los ejercicios funcionales indicados para la corrección del trastorno de pronunciación y la activación del velo del paladar, además, orientar a los padres en su realización y la conducta a seguir con el niño, quien es citado para seguimiento sistemático en este departamento hasta su próxima consulta con el especialista quien valora y determina si se mantiene o varían los ejercicios funcionales indicados de acuerdo con la evaluación que haya tenido.

## OBJETIVO GENERAL

Resaltar la influencia de la logofoniatría en la habilitación del habla y la voz en los pacientes fisurados labiopalatinos.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Mencionar los objetivos que persigue el tratamiento funcional logofoniatrico.

- Conocer los factores que intervienen en la alteración articulatoria del paciente fisurado labiopalatino.
- Reflejar los criterios clínicos en cuanto al pronóstico de estos pacientes.

## **Desarrollo**

La hiperrinolalia es un trastorno del habla donde hay una alteración patológica de la resonancia vocal, el niño fisurado labiopalatino tiene una hendidura total o parcial del paladar óseo y blando, poca movilidad velar y muchas veces se combina con una perforación del labio superior y del borde alveolar que puede ser unilateral o bilateral.

Para la pronunciación correcta de los sonidos es necesario una adecuada presión muscular, presión aérea y posición velar independiente para cada fonema. En estos pacientes se afecta la pronunciación de los sonidos debido a alteraciones orgánicas del aparato articulatorio manifestándose en una toma de casi todos los fonemas (dislalia orgánica) y la resonancia nasal se incrementa debido al paso libre del aire por la cavidad nasal, a causa de un insuficiente funcionamiento velar, afectándose así todos los sonidos bucales y dando la característica nasalidad de estos pacientes.

La hiperrinolalia es de causa orgánica, esta depende del paladar duro y blando, sobre todo de este último que tiene la función fonatoria de cerrar el paso del aire de la boca a la nariz durante la articulación de los fonemas bucales.

Entre las distintas causas orgánicas se encuentran:

- Fisura palatina.
- Velo corto.
- Parálisis y paresias velares.
- Orificios en la bóveda palatina y el velo.
- Traumatismos rinofaríngeos (Principalmente por causa quirúrgica).

La fisura es el principal y mayor defecto congénito capaz de causar hiperrinolalia.<sup>5</sup>

Los fonemas más afectados en estos pacientes son los correspondientes al cuarto nivel de articulación K-G-J así como los orales F-S, para los afectados de fisura labial unilateral o bilateral son los del primer nivel de articulación.

En el aspecto de la pronunciación también hay que tener presente que estos pacientes en muchos casos presentan mala oclusión dentaria que también provocan defectos en la articulación del habla<sup>6</sup> se afectan las consonantes del primer y segundo nivel de articulación que exigen un ajuste muy fino de los órganos articulatorios,<sup>6,7</sup> a esto se puede agregar que la maloclusión asociada a malos hábitos como la deglución anormal y la respiración bucal también inciden en las alteraciones orales.<sup>8,9</sup>

Cuando el logofoniatra recibe al paciente después de habersele practicado la quilooplastia y estafilorrafia se realiza una exploración minuciosa de los órganos de la articulación y la fonación teniendo en cuenta:

- Estructura del labio superior.
- Oclusión dentaria.
- Estructura y funcionamiento del velo y pared posterior de la faringe donde se corrobora el largo y la movilidad velar.
- Exploración de la pronunciación.

La corrección de la pronunciación se ataca de frente creando activa y funcionalmente imágenes cinestésicomotrices completas de los movimientos articulatorios fisiológicamente normales, instaurándolos desde el principio con solidez para después automatizarlos y que lleguen a su fijación definitiva, esto hay que realizarlo basándose en el conocimiento de la biofisiodinámica articulatoria.<sup>5-10</sup>

El tratamiento con ejercicios funcionales se comienza de forma simultánea por los fonemas más afectados, éstos además de dejar la huella cinestésicomotriz correcta de la

articulación movilizan y fortalecen el velo y contribuyen al logro de una correcta dirección aérea bucal con respecto al habla.

Según se logra la instauración de los sonidos se comienza su automatización y se incorporan los otros en que aún tiene dificultad, se continúan los ejercicios para ir compensando el manejo aéreo intrabucal y los normalizadores de las funciones generales del habla y la voz.

El resultado que se pueda obtener de la atención logofoniatría es siempre estimable en cuanto al grado y al éxito aunque en todos los casos siempre es dable una mejoría.

La total rehabilitación funcional hace depender su pronóstico de los siguientes criterios clínicos.<sup>10</sup>

#### RESULTADOS ANATOMOFISIOLÓGICOS DE LA CIRUGÍA, LA ORTODONCIA O PRÓTESIS.

Mientras más cercanos a la normalidad queden las estructuras afectadas anatómicamente, más favorable y eficaz será la habilitación funcional del habla y la voz, con el tratamiento logopédico indicado.

#### EDAD EN QUE SE COMIENZA ACTUAR

A mayor edad del paciente más dificultad en la corrección de la pronunciación, pues los patrones cinestésicos motrices no son los correctos, al deformar los movimientos musculares y tendrá éste mayor dificultad en lograr el cierre muscular de la comu-

nicación buco nasal debido a iguales hábitos funcionales incorrectos.

#### NIVEL DE INTELIGENCIA

Es requisito fundamental un cociente mental normal, ya que este paciente debe desarrollar una atención y comprensión ampliada de determinadas habilidades musculares para la correcta articulación y esto requiere en ocasiones de una coordinación muy fina.

#### HABILIDAD ESPECÍFICA PARA EL HABLA

Esta es una condición especial que se refiere a capacidad congénita para la comprensión y la realización de los movimientos musculares del habla existentes en determinados individuos. Esto dependerá de diversos factores como son la calidad de la percepción auditiva, la memoria receptiva, el sensitivo cinestésico y otras que constituyen el amplio y vasto campo de la psicología del habla, si estas condiciones son favorables, ello favorecerá nuestra actuación.

#### COLABORACIÓN DEL INDIVIDUO Y DEL MEDIO AMBIENTE

El cumplimiento correcto y puntual de los indicadores de ejercicios a efectuar no es menos importante que las otras consideraciones, se deben realizar éstos en pequeños espacios de tiempo y en repetidas ocasiones al día, en aras de su instauración y posible automatización. La ayuda efectiva del medio familiar o del ambiente resulta indispensable, sobre todo, en los casos de

poca edad en los que no se puede confiar la responsabilidad o el interés por realizar los ejercicios.

La actuación logofoniatría en los casos de fisura labiopalatina puede ser colectiva o individual esta última es muy importante y de ella depende la responsabilidad del éxito y por ende, la rehabilitación completa del habla de los pacientes con esta afección, la cual debe realizarse en condiciones agradables, que el niño lo vea como un juego para evitar el rechazo y que concientice la fuerza muscular que realiza con los ejercicios ya que esto, puede dar como consecuencia por la temprana edad en que se inicia el tratamiento de la aparición de una tartamudez.

## **Conclusiones**

La atención especializada en logofoniatría de los pacientes con fisura labiopalatina resulta de una importancia medicosocial relevante. Ella sigue a la acción de la cirugía, ortodoncia o prótesis resolviendo mediante ejercicios funcionales específicos la dislalia orgánica e hiperrinolalia remanentes de carácter funcional, responsabilizándose con la última etapa de la rehabilitación del paciente.

Los factores favorables para el éxito son; la temprana edad de la actuación, los buenos resultados de la cirugía, ortodoncia o prótesis, la inteligencia y habilidad para el habla y la colaboración efectiva del caso y su medio.

**SUMMARY:** Cleft lip and palate are congenital anomalies that are commonly found among children. Their etiology is varied and they are due to genetic causes, fetal affections, chemical agents, etc. These anomalies have a great incidence on the speech alterations, and influence above all on its quality. That's why, the logophoniatric attention is an important part of speech habilitation and the voice of these patients and it should start at early ages. Emphasis is made on the necessity of the logopedic treatment in patients with such malformations before and after the surgical procedure. The clinical criteria regarding the prognosis are also approached.

**Subject Headings:** CLEFT LIP; CLEFT PALATE; SPEECH DISORDERS/ therapy; SPEECH THERAPY/ methods.

## **Referencias Bibliográficas**

1. Figueredo Escobar E, Nieves Rivero ML, Pérez González S, Borgues Rodríguez S. Logopedia. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1984; t1:90.
2. Coeffman F, Trigos Micalo I. Texto de cirugía plástica reconstructiva y estética. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1984;t1 Parte III 687-8.
3. Martín Pérez M, Prado Alfonso R, Méndez Martí I. Los métodos para el tratamiento logopédico. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1980:73-5.
4. Fiferedo Escobar E, Nieves Rivero ML, Pérez González S, Borgues Rodríguez S. Logopedia. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1984;t1:48.
5. Gabanas comas R. Fisuras palatinas y rinolalias en general. Rehabilitación funcional logofoniatría. Rev Cubana de Pediatr 1976;48(1):46-8.
6. Bond EK. El lenguaje y su relación con la Ortodoncia Directa. 1972.
7. Prelló J. Trastornos del habla. 2 ed., Barcelona: Editorial Científico-Médico, 1973:84-7.
8. Ancor Atet M, Puig Rovinal L, Hernández Vidal A, Hidalgo Pacheco A. Las maloclusiones y su relación con los defectos en la producción de sonidos articulados. Rev Cubana Ortop 1994;
9. Valiente C, Bravo I, Figueredo E. Las maloclusiones dentarias y su relación con los tras-

tornos del lenguaje. Parte II. Rev Cubana Estomatol 1987;24(2):72-4.

10. Cabanas Comas R. biofisiodinámica de la articulación. Enfoque logofoniatrico. Rev Cubana Pediatr 1973;45(1):18-9.

Recibido: 16 de diciembre de 1998. Aprobado: 28 de diciembre de 1998.

Lic. *Sandra Sánchez León*. Hospital Pediátrico Docente "Juan Manuel Márquez". Ave 31 esquina a 78, Marianao, Ciudad de La Habana, Cuba.