

Fonoaudiología

Evolución de la Terapia Fonoaudiológica: Pasado y Presente

Los antecedentes del abordaje del paciente con fisura de paladar datan del siglo XVI. En aquella época el médico francés Ambrosio Paré crea por primera vez una prótesis obturadora. Desde entonces se perfeccionan distintos tratamientos protésicos cuya finalidad era favorecer tanto el cierre de la fisura como la aproximación de la musculatura del esfínter velofaríngeo.

El abordaje quirúrgico evoluciona positivamente desde las técnicas aplicadas en 1800 que dejaban paladares cortos y poco móviles, sin mejorías en el habla, a resultados funcionales a nivel velofaríngeo.

En el ámbito fonoaudiológico, desde comienzos del siglo XX se establecen los síntomas vocales como los dominantes en relación al tratamiento de los pacientes fisurados; y el problema final de la rehabilitación se centra en la posibilidad de brindarles un habla lo más próxima a lo normal.

La literatura hace referencia a distintas tendencias en el abordaje de estos pacientes. Las grandes metodologías de recuperación foniatría proceden de la escuela europea tradicional (Seeman, 1967) y de la norteamericana (Westlake y Rutherford, 1966).

Las distintas escuelas presentan posturas controversiales en relación a diversos aspectos del abordaje fonoaudiológico. Mientras la tendencia europea iniciaba la terapia post cirugía primaria de paladar, la norteamericana propiciaba una intervención preverbal o de inicio temprano, en conjunto con el abordaje quirúrgico y/o protésico.

El tratamiento fonoaudiológico clásico pretendía aumentar la flexibilidad y restaurar el movimiento fisiológico del paladar blando con diferentes ejercicios, como el masaje velar y la estimulación sensorial, produciendo fuertes contracciones de la musculatura velar. Esta técnica produciría una hipertrofia del rodete y la oclusión velofaríngea, mejorando los síntomas de perturbación del habla: nasalización o rinolalia abierta, perturbación de la articulación o palatolalia, y perturbación de la mímica. Mediante estos tratamientos no siempre se obtenía el restablecimiento de la función velofaríngea ni la correcta pronunciación de los fonemas.

A nivel latinoamericano a comienzos de los años 80 resultaba notoria la poca bibliografía en español sobre los problemas fonoaudiológicos del niño con labio leporino y/o fisura palatina, lo que denota la ausencia de orientaciones reeducativas adecuadas, que se traducían en tratamientos muy prolongados y de escasa efectividad.



Es por ello que se generan otros movimientos, con tendencias modernas fundadas en la experiencia, que aportan metodologías de intervención más eficaces.

En la actualidad, la mayoría de los autores propone una intervención fonoaudiológica precoz del lenguaje y el habla, orientado a entregar a los padres estrategias de estimulación aplicables a sus hijos en distintos contextos.

Se ha establecido como problema central del abordaje fonoaudiológico la Insuficiencia Velofaríngea (IVF). Este tipo de trastorno está presente en algunos pacientes con fisura velopalatina operada (aproximadamente en el 20 % del total de pacientes sometidos a cirugía primaria** De acuerdo a Estudio realizado en Fundación Gantz en el año 2001, con una muestra de 256 pacientes portadores de fisura velopalatina.), en pacientes con fisura submucosa y submucosa oculta.

Las nuevas tecnologías de evaluación, que incluyen la realización de exámenes objetivos: nasofibroscopía y videofluoroscopía, con las que se obtiene una visión en "vivo" del funcionamiento del esfínter velofaríngeo, y la Evaluación Fonoaudiológica formal de la IVF, que cuantifica dicha función, han permitido determinar que el cierre velofaríngeo no ocurre en un plano bidimensional, sino tridimensional (es alto, ancho, y profundo) y se produce gracias a la elevación del velo, desplazamiento de la pared posterior de la faringe, y el movimiento medial de las paredes laterales faríngeas. Lo anterior

posibilita la comprensión de la fisiopatología que rige al esfínter velofaríngeo durante el habla en estos pacientes, advirtiéndose fenómenos tan trascendentes como la participación de los músculos que intervienen durante el soplo y la deglución, que no son los mismos que actúan en el cierre durante el habla.

De esta manera se establece el rol del tracto vocal en la articulación. Se determina que el habla necesita mayor coordinación y rapidez del esfínter y de los órganos fonoarticulatorios y un cierre velofaríngeo distinto que para otras funciones, y por ende, procedimientos propios de la terapia motora oral, usados anteriormente, poco ayudan al cierre esfintérico durante el habla.

En Fundación Gantz se utiliza como estrategia terapéutica para mejorar la IVF la corrección del habla mediante la articulación de los fonemas. La mejoría en el cierre velofaríngeo debe ser lograda a medida que el trabajo articulatorio va avanzando hasta llegar a la desaparición de compensaciones articulatorias. Se emplean estrategias basadas en la adecuación fonoarticulatoria, mediante enfoques fonéticos y/o fonológicos, y se realiza también en algunos casos terapia de retroalimentación visual y auditiva.

Mediante esta terapia pueden corregirse los síntomas derivados de IVF leve, pero aquellos pacientes que presentan hipernasalidad e IVF severa sólo conseguirán la corrección de su voz cuando sean sometidos a una faringoplastía. Esta cirugía no es exitosa si el tratamiento fonoaudiológico para la articulación de los fonemas no se realiza. Por lo tanto,

FUNDACION GANTZ



FUNDACION DR. ALFREDO GANTZ MANN PRO-AYUDA AL NIÑO CON FISURA

resulta fundamental que al decidir una faringoplastía en un paciente, éste haya tenido terapia del habla.

El fonoaudiólogo debe poseer una información básica y correcta de la fisiología del habla en los pacientes con fisura palatina.

El objetivo del tratamiento fonoaudiológico es aproximar el funcionamiento de las estructuras involucradas en la producción del habla y la voz a lo normal. Para conseguirlo no deben emplearse indiscriminadamente series de recursos similares para todos los casos, sino considerar las afecciones y características individuales de cada paciente.

Debemos rescatar los aportes de la terapia fonoaudiológica del pasado, y aprovechar los recursos que nos provee la actual, sin olvidar que el tratamiento de las fisuras palatinas necesita de un "equipo" de trabajo, donde cada colaborador aporte al máximo su capacidad y experiencia.

