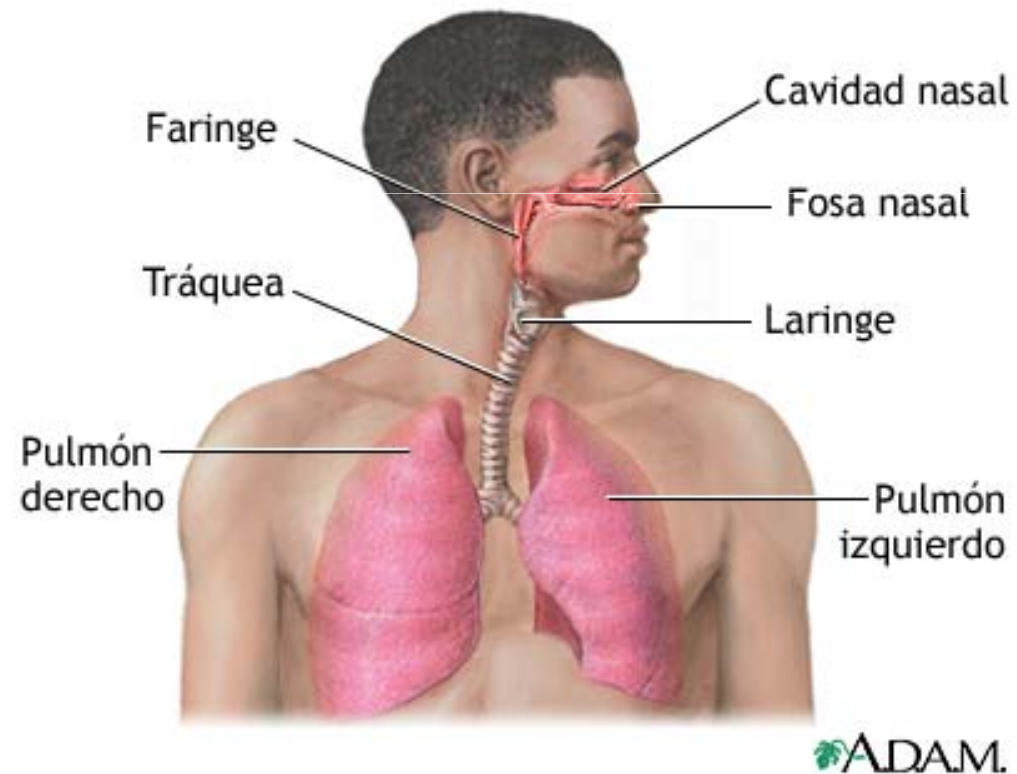


# **Trastornos del habla secundarios a un déficit instrumental**

Dolores Mallen Fortanet

---

# Organos corporales para la producción del lenguaje.



# LABIO LEPORINO



- El labio hendido ocurre entre la cuarta y la sexta semana de vida. Cuando las porciones del labio superior no se fusionan apropiadamente se crea una abertura en el labio, entre la boca y la nariz.

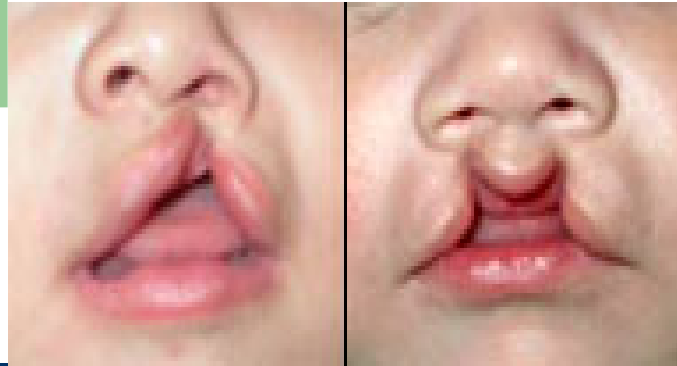
Dicha condición varía desde un hundimiento leve en la zona del labio color rosa, hasta una hendidura mayor que separa completamente el labio y se extiende hacia la nariz y la boca.

- El labio hendido puede ubicarse en el lado derecho o izquierdo (hendidura unilateral) o en ambos lados (hendidura bilateral).
- La incidencia de las hendiduras difiere sustancialmente entre los diferentes grupos étnicos, estas ocurren más a menudo entre individuos Asiáticos y grupos nativos en Centro y Sur América, siendo menos frecuente entre los individuos de raza negra.

# FISURA PALATINA

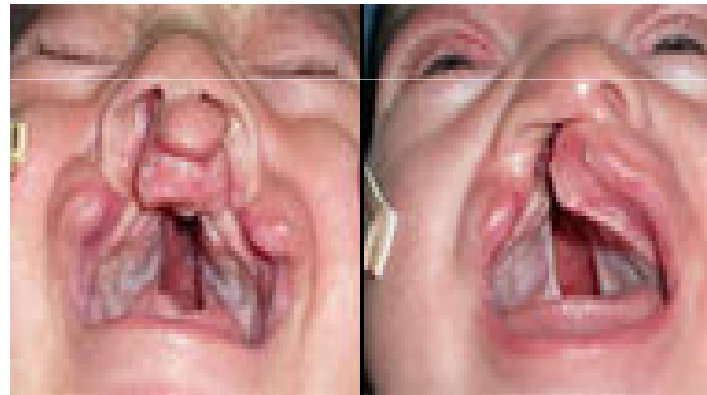
- El paladar, está formado por hueso en su porción anterior, ( paladar óseo ), y por tejidos blandos en su parte posterior, ( paladar blando o velo del paladar ). El hueso que rodea el paladar óseo, donde están situados los dientes, es el reborde alveolar.
- La parte anterior y central del paladar óseo, que contiene a los incisivos, es llamada premaxila.
- El paladar blando, es muscular y móvil, está implicado en la fonación y separa la cavidad oral de la nasal. El músculo elevador del paladar y el tensor del paladar forman una cinta que va de lado a lado y son los encargados de mover el paladar.
- La fisura palatina, malformación congénita en la que las dos mitades laterales del paladar no se unen en la línea media. puede afectar al velo , al paladar óseo y a la apófisis alveolar del maxilar superior.

Fisura de labio unilateral



Fisura de labio bilateral

Fisuras de labio-paladar bilateral y unilateral



# Etiología

- **Las posibles causas, las podemos dividir en dos grupos:**
  - a) Origen exógeno:** alcoholismo, radiaciones y virus, carencia de vitaminas A y B. Actualmente se ha descartado el factor de edad de los padres, al que tanta importancia se le había otorgado.
  - b) Origen endógeno:** la influencia de la herencia es muy grande, pues un 15% existe la misma malformación en los antepasados del niño.
- No es culpa de nadie el hecho de que un niño tenga el paladar hendido. Es una peculiaridad de la naturaleza que está fuera de control.



– **La disglosia palatina** es la alteración de la articulación de los fonemas causada por alteraciones del paladar y del velo del paladar.

– Desde el punto de vista anatómico, nombraremos **la fisura palatina**, malformación bastante frecuente, y la **fisura submucosa**, **el paladar corto** y **otras anomalías más raras**, las **parálisis funcionales** y los **traumatismos** que afectan a la región del paladar.

# FISURA PALATINA

- **La fisura palatina** es la malformación congénita en la cual las dos mitades del paladar no se unen en la línea media. **La fisura puede abarcar el velo del paladar, el paladar óseo y la apófisis alveolar del maxilar superior.** En la mitad de los casos se asocia a la fisura palatina la del labio superior, malformación llamada labio leporino.

**Esfinter nasofaríngeo:** Al examinar la cavidad bucal se observa el paladar dividido por una hendidura más o menos larga que se extiende desde la úvula bífida hacia adelante.



# Síntomas:

**-Dientes:** Cuando la fisura palatina es completa, existen graves deformidades en los dientes, algunos de ellos faltan, en especial los incisivos laterales. Durante el crecimiento, siempre se debe realizar un tratamiento ortopédico y ortodóncico, ya que las anomalías de la posición y articulación dentaria se acentúan.

## **-Maxilares:**

1) deformaciones óseas primitivas en el labio leporino total unilateral con fisura palatina.

2) deformaciones óseas en el labio leporino total bilateral con fisura palatina:

**Premaxilar:** está proyectada hacia adelante, debido a la presión ejercida, por la lengua y por el vómer. Estas dos fuerzas de proyección anterior no encuentran la contrafuerza que normalmente está ejercitada por el músculo orbicular del labio.

**-Esfinter nasofaríngeo:** Al examinar la cavidad bucal se observa el paladar dividido por una hendidura más o menos larga que se extiende desde la úvula bífida hacia adelante.

# FISURA SUBMUCOSA/ OTRAS

- **Fisura submucosa del paladar:** En esta malformación congénita, el paladar óseo no se ha unido con la línea media, pero sí la mucosa que la recubre.  
Cuando se intenta elevar el velo se produce un ensanchamiento y aplanamiento de éste con limitación del movimiento hacia arriba y hacia abajo. La acción de los elevadores del paladar es inadecuada.
- **Otras malformaciones:**
  - Paladar corto.
  - Úvula bífida.
  - Velo largo.
  - Paladar Ojival.
  - Perforaciones.
  - Ausencia de pilares.
  - Malformación de la úvula.

# FISURA SUBMUCOSA

- **Síntomas más frecuentes:**

- En los primeros días de nacer hay reflujo de leche por las fosas nasales.
- Los niños comienzan a hablar muy tarde, y cuando lo hacen, no se les entiende.
- Existe una rinofonía abierta y la articulación es muy semejante a la clásica fisura del paladar.
- Se pueden observar anomalías dentarias.
- La incidencia de la sordera es mayor en las fisuras submucosas que en las fisuras palatinas.
- En la inspección se puede observar la existencia de una úvula bífida.

# PALADAR CORTO

- La proporción entre el paladar duro y el blando es de 2:1 en un sujeto normal. En estos casos es de 3:1 ó 4:1. Puede existir una debilidad de la musculatura del velo, así como con una úvula bífida.

Esta malformación suele acompañarse de otros estigmas degenerativos con hernia congénita, anomalías en el pabellón auricular, ausencia de incisivos superiores laterales, etc.

El niño tiene gran escape de aire nasal durante el habla. Es incapaz de soplar con fuerza. A pesar de la falta de cierre nasofaríngeo alguno de ellos respiran por la boca.

Puede coexistir un cierto retraso mental.

# TRATAMIENTO EN EQUIPO

- **¿Por qué un tratamiento en Equipo?**

Realmente por dos razones.

**Primero.** Existen muchos aspectos a considerar para el cuidado del labio y/o paladar hendido de su hijo que usted ni siquiera ha contemplado a su nacimiento.

A través del tratamiento de su hijo, y dependiendo de la severidad de la hendidura, él o ella requerirían visitas a:

**Cirujano Plástico/Reconstructivo**

**Cirujano Oral/Maxilofacial**

**Otorrinolaringólogo**

**Audiólogo**

**Pediatra**

**Odontopediatra**

**Ortodoncista**

**Especialista de Lenguaje**

# Tratamientos

- Los **tratamientos** se deberán complementar en: quirúrgico, ortodóncico, control del otorrinolaringólogo , foniatrico y logopédico. Global
- Es necesario creación de equipos multidisciplinares de tal modo que exista una coordinación entre cada uno de los especialistas para tratar a estos niños.
- Se busca la reconstrucción funcional y estética.
- Intentar eliminar sus estigmas, ya sea al respirar, al hablar o al estar frente a un espejo.
- Intervención y prevención precoz

# Tratamiento quirúrgico

- La indicación del tratamiento quirúrgico está regido por el objetivo principal : el desarrollo del habla normal, es decir, los niños deben tener su paladar reparado en lo posible antes de que comiencen a hablar, a pesar del posible retraso del crecimiento maxilofacial que puede producir la cirugía.
- Una vez se establecen en el habla del niño patrones de sustitución y omisión, su corrección es muy difícil y siempre persisten algunas alteraciones. Mientras que la maloclusión dental o la asimetría facial tienen solución mediante ortodoncia o cirugía ortognática. En general está aceptado que el tratamiento quirúrgico obtiene resultados óptimos realizándose antes de los 12 meses de edad.
- En los pacientes con síndrome de Pierre-Robin el mantenimiento de la vía aérea es lo primordial, por lo que el cierre del paladar se recomienda una vez el manejo de las vías respiratorias no requieren tratamiento y el desarrollo craneofacial está en proceso de estabilización, generalmente entre los 18 y los 24 meses.
- El Cirujano Plástico inicia el tratamiento del paciente fisurado en la etapa de recién nacido y muchas veces termina efectuando las últimas operaciones cuando su paciente es adulto.

# Tratamiento odontológico

- El tratamiento ortodóncico es necesario fundamentalmente en las fisuras que afectan al paladar primario, puesto que se ve afectada la arcada dentaria. También será necesaria en casos de retraso en el crecimiento maxilar con maloclusión dentaria, ya sea como único tratamiento o previa a la cirugía ortognática. En cualquier caso, independientemente del tipo de la fisura, las revisiones odontológicas deben ser frecuentes dado la predisposición de estos pacientes a desarrollar complicaciones orales, sobre todo infecciones.



# Tramamiento foniátrico/logopedico

- El cierre del esfínter velofaríngeo evita la entrada de aire en el compartimento nasal necesaria para la pronunciación de los sonidos no nasales (todas excepto la m, n y ñ). El cerebro ante la incapacidad para el cierre velofaríngeo adopta patrones de articulación compensatorios que pueden producir un habla completamente ininteligible. A esto hay que sumar la hipernasalidad que adquieren los sonidos, como consecuencia del aumento de la cantidad de aire que pasa a la nariz y que se suma a la resonancia de los compartimentos nasales y paranasales; y el escape nasal que supone el sonido del aire que se filtra de forma inapropiada en la nariz (sonido de “sorberse la nariz”).
- Como consecuencia de estas severas perturbaciones en el habla el tratamiento foniátrico/logopeda debe iniciarse lo más precozmente, generalmente con el inicio del habla hacia los 2 años hasta aproximadamente los 10 años, aunque se trata de una terapia individualizada, dependiendo de cada paciente en concreto
- **Los fonemas más alterados** son: /k/, /g/ y /x/.
  - El trastorno fonético no es proporcional a la insuficiencia.
  - Es frecuente también el sigmatismo.
  - La mayoría de las consonantes van acompañadas de un ligero silbido nasal.

# Período de recién nacido

- Nos preocupan cuatro puntos:
  - el **diagnóstico y pronóstico** de la enfermedad,
  - el **consejo genético** a los padres
  - el **estudio completo del paciente** para descartar otras anomalías (la mayoría de los casos no presenta otras anomalías) pues hay casos en que la fisura forma parte de síndromes malformativos..
- 
- El recién nacido fisurado no tiene problemas deglutorios y de presentar **trastornos para alimentarse**, este es debido a una succión deficitaria pues pierde presión, lo que no es un problema frecuente. Posee los reflejos de succión normal. El problema se soluciona al hacer llegar la leche a la cavidad oral posterior, ya sea con un chupete largo y blando, o con un chupete ancho que pueda ocluir su defecto palatino. Es mejor tener al niño elevado 45 ° para evitar la regurgitación de leche por la nariz. La madre debe ser involucrada desde un comienzo y debe aprender los trucos para facilitar la alimentación del niño.

# *Problemas respiratorios*

- Los pacientes fisurados del paladar primario y/o secundario, no tienen ***problemas respiratorios*** asociados. Solamente existe problema respiratorio en el paciente portador del Síndrome o secuencia de Pierre Robin. Este síndrome se caracteriza por un recién nacido que presenta una mandíbula muy pequeña ( micrognatia ) y/o muy posterior, ( retrognatia ) asociada a una lengua grande ( glosoptosis ), que no tiene suficiente espacio en la cavidad oral y cae hacia atrás, produciendo una severa obstrucción respiratoria de reposo y al dormir. En estos casos, dado que la obstrucción es producto de la mandíbula y la lengua, y no de la fisura palatina, el tratamiento consiste en poner al niño en decúbito prono, a veces se fija la lengua al piso de la boca y en los casos más severos se precisa efectuar un cirugía precoz para elongar la mandíbula, que hoy día se hace con una distracción ósea.
- La traqueotomía ha sido la opción clásica de tratamiento de los casos más severos.

# Problemas auditivos

- Cuando la fisura es del paladar secundario, el mal funcionamiento de la trompa de Eustaquio impide la correcta aireación del oído medio por lo que es importante **la prevención de patología del oído medio**. La prevención de otitis media en estos paciente es efectuada por el otorrinolaringólogo, quien efectúa una simple operación, consistente en favorecer la aireación del oído medio efectuando un orificio en el tímpano y dejando un tubo para que este permanezca abierto y favorecer así la aireación hacia el exterior ( tubos de ventilación ).
- La prevención del déficit auditivo de estos pacientes es muy importante para la posterior adquisición del lenguaje y en el último tiempo su reconocimiento ha permitido disminuir de manera importante este problema.

# Primera infancia I

- ***Lactante menor:*** En esta etapa, y cerca de los 3 meses de edad se efectúa la reparación de la fisura del paladar primario. Se opera el labio ( queiloplastía o plastía labial ) cerrando el defecto cutáneo y haciendo una reposición y cierre del músculo orbicular defectuoso. Además en esta etapa se efectúa una reparación de la nariz ( nasoplastía ) y se cierra la porción más anterior del paladar óseo si éste está abierto.
- Algunas veces el ortodoncista efectúa ortopedia prequirúrgica, es decir coloca unos aparatos intraorales o externos, para acomodar los tejidos óseos y facilitar la cirugía posterior.

# Primera infancia II

- **Lactante mayor:** Cerca del año de edad, se efectúa la reparación de la fisura del paladar secundario, es decir se reparan el paladar óseo y el paladar blando, ( palatoplastia ), con el fin de separar la cavidad oral de la cavidad nasal y sobre todo, con el fin de proveer al niño de una adecuada caja de resonancia y de un paladar móvil para articular los fonemas y poseer así un lenguaje normal. Idealmente el paladar debe estar reparado cuando se inicia la adquisición del lenguaje, que es a partir de los 12 meses de edad. Algunos grupos operan más precozmente a estos niños, con el fin de obtener un mejor desarrollo del lenguaje, sin embargo estas operaciones muy precoces producen defectos en el crecimiento facial y por ello este tema está en constante estudio y discusión.
- En términos generales, podemos decir que un paladar cerrado bien, al año de edad, más o menos en el 70% de los casos hablará bien y no necesitará de otros tratamientos.

# EDUCACIÓN

Pasos para establecer una buena adaptación al ámbito escolar

- Conocer la legislación, funcionamiento de determinados servicios,.  
Decreto 131 /94 Gobierno Valenciano, regula los SPE (Servicios especializados en orientación educativa, psicopedagógica y profesional.  
Orden 11 /11/94 que establece el procedimiento de elaboración del dictamen de escolarización del a. con n.e.e.
  - . Informe técnico
  - . Padres al solicitar puesto escolar deben manifestar las características del niño,
  - . Dirección del centro – remitir al SPE- elaborar dictamen
  - . Inspección Técnica (antes de las listas provisionales)
- Decreto 39/1998 Ordena la atención del alumnado con n.e.e.
- Orden 16/7/2001 Regula la atención del alumnado con n.e.e. en centros de Infantil i Primaria
- Ley 11/2003 de 10 de Abril. Derechos de las personas con Discapacidad.

# ESTIMULACIÓN PRECOZ

- **Intervención precoz** Para proporcionar el apoyo necesario y las orientaciones precisas a la familia desde las primeras etapas de vida, y así prevenir al máximo la instauración de malos hábitos y estimular conductas más adaptadas.
- Confeccionar un **plan de estimulación cognitivo general**
- Existen en nuestra comunidad determinados **servicios de estimulación precoz**, tras convenios con Sanidad, Bienestar Social, Educación ( SAAPE ) de tal manera que podemos solicitar la atención para nuestros hijos con fisura labio-palatina hasta que se escolarice a los 3 años.
- **Prevención.** En casos de malformaciones orgánicas congénitas consistirá en conseguir la instauración de hábitos lo más adecuados posibles, básicamente referentes a la alimentación y a la respiración.
- **Diagnóstico** Antes de abordar un tratamiento es preciso conocer las causas y las implicaciones. El proceso diagnóstico consta de la anamnesis, observación, valoración y exploración de la organicidad y funcionalidad del aparato bucofonatorio, así como también se observará el lenguaje y la conducta comunicativa en diversas situaciones.



## *Edad preescolar y escolar*

- Todos los pacientes fisurados ya deberían estar operados. Muchas veces se hacen retoques estéticos de cicatrices y nos preocuparemos de la adquisición y desarrollo del lenguaje y del **apoyo psicológico**. Además en esta etapa debe haber un control de especialistas, otorrino, terapeuta de lenguaje, fonoaudiólogo, ortodoncista, etc..
- **Manejo de secuelas y problemas de crecimiento asociados:** En el 30% de los pacientes, a pesar de estar bien operados, se presentan **secuelas** con problemas de voz gangosa (hipernasalidad) y con errores o imposibilidad de articular fonemas y de tener una buena caja de resonancia, esto es lo que conocemos como **insuficiencia velo faringea**. (IVF) Tiene tratamiento médico y también quirúrgico, según sea el caso.

# Identificación de Necesidades

Las necesidades específicas que presenta un alumno con fisura labio-palatina son :

- Establecer un sistema de comunicación estable y consistente. (Respiración, control voluntario de la motricidad bucofacial, articulación, inteligibilidad...)
- Identificar las posibles repercusiones de estas dificultades principalmente en otros aprendizajes (el proceso de lecto-escritura).
- Desarrollar habilidades vinculadas a los contextos en los que su deficiencia de habla supone discapacidad: inhibición en la escuela, sobreprotección en la familia , problemas sociales con sus iguales.
- Desarrollar un autoconcepto centrado en las capacidades y no en el déficit.
- Fortalecer los otros aspectos del lenguaje.

# TOMA DE DECISIONES

## Dictamen de escolarización

- Después de evaluar al alumno/a se tomarán las medidas oportunas y se realizarán las adaptaciones educativas más adecuadas.
- Dos son los criterios para el diagnóstico de un niño con disglosia, /O. 16-7-2001 Número de sesiones orientativas
  - Malformación de los órganos periféricos del habla.
  - Defecto en la articulación de algunos fonemas por malformación orgánica.
- En este sentido las modificaciones que se van a adoptar son: Adaptaciones de Acceso al currículo. Se dispondrán de recursos personales y materiales como el maestro de audición y lenguaje y se dotará al centro de un aula de rehabilitación con espejo, con disponibilidad de agua, entre otros materiales.

# Programa de intervención

- **1.- Conseguir un control voluntario de las actividades musculares simplificadas en la emisión del habla:**
  - Eliminar movimientos anormales
  - Establecer movimientos normales
- **2.- Establecer un control y ritmo de la respiración de una forma consciente.**
  - . Practicar inspiración nasal y espiraciones bucales.
  - . Coordinación fono-respiratoria
  - . Ejercitar vocalizaciones asociadas a movimientos rítmicos.
- **3.- Movilizaciones pasivas y activas del paladar.**
- **4.- Adquirir capacidad para articular los sonidos del habla. Terapia de habla intensiva.**
- **5.- Mejorar la calidad de la voz.**
  - Reducir la fuga nasal
  - Identificar los fonemas en los que hay fuga nasal.
  - Mejorar la coordinación fonoarticulatoria para establecer una voz adecuada.

# ORIENTACIÓN FAMILIAR PRONOSTICO

La total rehabilitación funcional hace depender su pronóstico de los siguientes criterios clínicos.

- **Resultados anatomofisiológicos de la cirugía, la ortodoncia o prótesis**
- **Edad en que se comienza actuar**
- **Nivel de inteligencia**
- **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.
- **Implicación de la familia**
- **Colaboración del individuo y del medio ambiente**

## GRACIAS POR ESCUCHARME

" El niño aprende a vivir con su malformación, pero no puede vivir bien si no está convencido de que sus padres lo hallan por completo digno de su amor... Si sus padres, enterados del defecto del niño, lo aman ahora, puede tener la seguridad de que otros habrán de amarlo en el futuro. Este convencimiento le permite vivir bien hoy y tener fé en los años por venir."  
Bettelheim