

¿Qué “íntima” relación mantienen la logopedia y el bruxismo? Estudio de caso único

**Daniela Neves Leal. Andrea Sánchez-Beato Barquero.
María Ortega Núñez.**

Grado de Logopedia. Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.
dneves@ucm.es

INTRODUCCIÓN

El bruxismo es un trastorno que afecta en torno al 15% de la población adulta (<http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v19n3/original2.pdf>). Se trata de un mal hábito involuntario consistente en apretar o rechinar las estructuras dentales sin existir un propósito funcional y cuyo inicio se puede manifestar a cualquier edad. Dependiendo de la gravedad del mismo puede tener repercusiones a nivel psicológico, viéndose frecuentemente comprometidas las actividades de la vida diaria. Debido a que afecta, en mayor o menor medida, a las funciones verbales y no verbales (respiración, alimentación, fonación y articulación) dicho hábito se encuentra estrechamente relacionado con la Logopedia.

En este trabajo pretendemos demostrar que la intervención logopédica minimiza notablemente gran parte de la sintomatología relacionada con el bruxismo.

MATERIALES Y MÉTODOS

En este trabajo se expone el caso de una mujer de 22 años de edad que acudió al médico por referir episodios de cefaleas frecuentes. Posteriormente, se le derivó al Servicio de Odontología del hospital de referencia por sospecha de bruxismo, alteraciones en oclusión y rotación de piezas dentales. Tras la consulta, el ortodoncista diagnostica un perfil retrognático (Fig.1), con una retracción mandibular y una compensación de los incisivos superiores para cerrar la cavidad oral (clase II) (Fig.3). Además de ello, presenta una lateralización mandibular de 2 milímetros hacia la derecha provocada por un desvío craneal proveniente de la columna cervical (L5 a S1 y L2, L3, L4) (Fig.2) (comprobado con un TAC de la columna vertebral).

La paciente es remitida al Servicio de Logopedia para realizar evaluación orofacial y miofuncional. Los resultados determinan alteración en las funciones orofaciales verbales y no verbales cursando con el siguiente diagnóstico logopédico:

respiradora oronasal unilateral, deglutora atípica con masticación unilateral derecha y voz hipernasal.

Actualmente, presenta un desvío congénito del tabique nasal, hecho que compromete levemente el proceso respiratorio. En cuanto a la deglución, realiza una masticación preferentemente hacia el lado derecha, deslizando la lengua hacia dicha arcada, lo que nos lleva a confirmar la presencia de una deglución atípica. Consecuentemente, presenta una hipertonía muscular en el lado derecho e hipersensibilidad en el lado contralateral por falta de estimulación.



Figura 1. perfil facial retrognático.



Figura 2. desviación mandibular.



Figura 3. mordida clase II de Angle.

En cuanto a las funciones básicas secundarias, a nivel fonatorio su voz se caracteriza por ser hipernasal, la cual está asociada al desvío de tabique nasal. A nivel articulatorio, funcionalmente su habla no está comprometida. Además de ello, presenta deglución atípica que agrava indirectamente la sintomatología del bruxismo.

A continuación se muestra un cuadro comparativo donde se reflejan algunos registros tomados en diferentes momentos de la intervención logopédica (Tabla 1).

En la evaluación (Tabla 1) se tiene en cuenta: el número de ciclos masticatorios por segundo, el lado de inicio de masticación, el traspaso del bolo durante la masticación y finalmente, el barrido lingual. Todo ello, se valora con tres tipos de alimentos: blando, semiblando y duro. Todo lo comentado anteriormente se ha realizado en distintas condiciones: sin ortodoncia, con ortodoncia previa a la intervención y con ortodoncia posterior a la intervención.

	Evaluación previa a la ortodoncia			Evaluación previa a la intervención logopédica con ortodoncia			Evaluación posterior a la intervención logopédica con ortodoncia		
	Mandarina	Palmera	Colín	Mandarina	Palmera	Colín	Mandarina	Palmera	Colín
Número ciclos masticatorios por segundos	11/7.2 seg.	15/9.9 seg.	12/7.9 seg.	15/11.4 seg.	14/9.7 seg.	14/9.8 seg.	13/8.7 seg.	15/9.5 seg.	11/8.5 seg.
Lado inicio masticación	derecho			derecho			derecho		
Traspaso del bolo	no	no	no	si	si	si	si	si	si
Barrido lingual		si. Pref.		si. Pref.					
	no	Dcho.	Dcho.	no	si	si	no	si	Si

Tabla 1. Evaluación inicial, procesual y final del proceso masticatorio.

Basándonos en los datos obtenidos, y como se puede observar en la tabla, podemos extraer los siguientes resultados:

Antes del tratamiento ortodóncico, la masticación de los alimentos con diversas consistencias era adecuada viéndose principalmente alterado el desplazamiento del bolo hacia el lado izquierdo, siendo prácticamente inexistente la masticación en hemiarcada derecha.

La evaluación previa a la intervención logopédica con ortodoncia, puso de manifiesto que el número de ciclos masticatorios por segundo se ve afectado, produciéndose una disminución de la velocidad y un aumento de los ciclos en las tres consistencias. El barrido lingual palatino en el acto deglutorio es predominantemente hacia el lado izquierdo. Además de ello, presenta hipertonía en la musculatura facial derecha intra y extraoral.

Finalmente, tras veinte sesiones de intervención logopédica, se procede a realizar nueva valoración procesual. En ella, se determina que el número de ciclos masticatorios se encuentra cerca de la norma, habiendo aumentado ligeramente la velocidad; no obstante, comparándolo con la media poblacional, sigue siendo lenta probablemente debido a la presencia de la ortodoncia. Refiere dolor en procesos masticatorios. La masticación tiende a ser simétrica y bilateral con los tres tipos de texturas alimenticias, produciéndose una mejora en la tonicidad de la musculatura en hemicara izquierda y viéndose equilibradas las estructuras musculares orofaciales. La lengua, por lo tanto, presenta un mayor desarrollo en el lado izquierdo, viéndose equilibradas las fuerzas musculares linguales.

Respecto a los patrones atípicos deglutorios se ha apreciado mejoría tras la intervención; para ello, se llevaron a cabo determinadas tareas orofaciales y miofuncionales, entre ellas destacamos las siguientes:

Para relajar la musculatura hipertónica de la hemicara derecha se implementaron ejercicios de intervención pasiva en la musculatura frontal, temporal y maseteros. Ejercicios activos, para relajar la musculatura implicada en los movimientos

mandibulares: de apertura y cierre bucal, empezando abriendo la boca muy despacio, e ir aumentando cada vez más la apertura; de lateralización, al lado izquierdo y derecho; de mordida, morder el labio inferior con los dientes superiores, entre otros.

Para conseguir una masticación simétrica primeramente se le instruyó a la paciente sobre la conciencia del déficit, posteriormente se le explicó la importancia de la masticación por el lado menos desarrollado. Se empezó con alimentos de consistencia blanda (mandarina) y paulatinamente se aumentó la dureza de los mismos (palmera, biscotes, colines); además de todo ello, se le proporcionaron consignas visuales y auditivas que favorecieron el recuerdo en la alternancia del bolo ante el proceso masticatorio, realizando un número determinado de movimientos de trituración por cada lado, así como de balanceo para equilibrar la musculatura que interviene en la masticación.

Los ejercicios anteriormente expuestos son una pequeña muestra de las actividades que se llevaron a cabo en el proceso de rehabilitación logopédica. Gracias a ello se han podido cumplir los objetivos específicos propuestos al inicio y mitad del programa de intervención, pudiendo con ello desarrollar la musculatura en el lado izquierdo, disminuir la hipersensibilidad en este lado, y conseguir una masticación bilateral. Además de lo anteriormente comentado, se han minimizado los chasquidos y ha disminuido la presión y tensión existente en hemicara derecha.

RESULTADOS

Tras realizar los ejercicios de intervención logopédica planteados en el programa terapéutico, durante un periodo de aproximadamente un mes y medio, dos veces a la semana y 30 minutos/sesión, se determina que la apertura bucal de la paciente ha aumentado 33 mm sin presencia de dolor, ha disminuido el desvío hacia el lado derecho en la masticación y ha habido una relajación generalizada de la musculatura orofacial. Ha aumentado la musculatura implicada del lado izquierdo, consiguiendo movimientos rotatorios de masticación, bilaterales y simétricos. Se insiste al paciente, a lo largo de las sesiones, que tiene que ser consciente de traspasar el bolo alimenticio de un lado al otro. Es importante concienciar sobre los hábitos a modificar, los beneficios del tratamiento dependen en gran medida de la postura que adopte el paciente ante la intervención.

DISCUSIÓN

Tras la intervención logopédica realizada, se ha mostrado que el tratamiento orofacial y miofuncional planteado ha sido favorable. La aplicación de los ejercicios rehabilitadores ha conseguido mejorar la hipertonía de la hemicara derecha y como

consecuencia directa se ven favorecidos los movimientos rotatorios durante la masticación. Además, se ha conseguido un equilibrio en las estructuras musculares orofaciales, principalmente en maseteros y lengua, y un patrón deglutorio adecuado. De esta forma, en la actualidad la paciente tiene mayor facilidad para alternar el bolo alimenticio durante la masticación, consiguiendo el desarrollo de la musculatura facial izquierda, promoviendo que la lengua se dirija hacia dicha arcada. Poco a poco los signos de la deglución atípica se han visto disminuidos, mejorando el bruxismo y el equilibrio de las fuerzas musculares, aliviándose el dolor en el lado afectado.

Destacar que la intervención realizada ha permitido quebrar la cadena viciosa del bruxismo y la impactación condilar que la paciente padecía, habiendo mejorado su calidad de vida y bienestar.

CONCLUSIÓN

Ante la pregunta planteada al comienzo de este trabajo, se concluye que el tratamiento logopédico atenúa los síntomas del Bruxismo, contribuyendo en gran medida a conseguir una armonía muscular, que ayuda y favorecer el correcto funcionamiento orofacial del sujeto.

Se promueve el trabajo multidisciplinar y el intercambio de conocimientos, entre diversos profesionales que trabajamos en el ámbito de la rehabilitación. Consideramos que éste es el camino correcto para que las alteraciones de la paciente se corrijan en el menor tiempo posible y afecten, en la menor medida posible, a su día a día.

BIBLIOGRAFÍA

Bartuilli M, Cabrera PJ, Periñám M^a C. Guía de Intervención logopédica en Terapia Miofuncional. 1^a. Ed. Madrid: Síntesis; 2010.

Torres M, Manejo fonoaudiológico de los trastornos de la ATM. Revista estomatología. 2005; 13.

Machado M, Fasanella M. Ansiedad y disfunción temporomandibular. ODOUS CINTÍFICA; 2009.

Escobar G., Rodríguez C., Jiménez-Cervantes. La fisioterapia en el tratamiento interdisciplinar de la disfunción de la articulación temporomandibular; 2011.

Schünke M, Schulte E, Schumacher U. Prometheus. Texto y Atlas de Anatomía Cabeza, Cuello y Neuroanatomía. Madrid: Panamericana; 2011.

Recibido: 17 marzo 2014.

Aceptado: 26 abril 2014.