

MIOTERAPIA: TERAPEUTICA PREVENTIVA EN DISGNACIAS

Dr. RAUL BUENO MENDOZA*

Palabras clave:

Disgnacias, Anomalías de función, Anomalías de forma, Mioterapia, Ortopedia estomatológica infantil.

INTRODUCCION

El incremento de anomalías dento maxilo-faciales detectadas a edad temprana, obliga al estudio de las causas en forma global —fisiopatológicas y socioculturales— e impone a la Odontopediatría nuevas pautas de tratamiento precoz.

Esta propuesta terapéutica tiene como fin, servir de guía a los profesionales odontólogos con inclinación pediátrica, buscando un perfil basado en la real necesidad de asistencia bucal de la población.

DESARROLLO

¿Quiénes deben realizar terapia miofuncional?

Todo profesional con preparación adecuada para este trabajo, se incluye a los fisioterapeutas, foniatras, ortodontistas-ortopedistas. Se debe citar especialmente a los odontopediatras, puesto que su participa-

ción es importante para diagnosticar precozmente toda anomalía.

Si se enfoca el tema de la terapia miofuncional, el profesional tratante deberá conocer anatomía y fisiología, entender el comportamiento humano normal y anormal, base en Mioterapia; además cierta experiencia en motivación.

EDAD DE INICIO DEL TRATAMIENTO

Es dependiente de muchas variables y se considera cada caso en forma individual. La mayor parte de los clínicos son reacios a tratar niños menores de cinco años, presuntamente porque a esa edad no estarían prontos para aceptar responsabilidades y obligaciones. En todo caso aún supeditado al estudio individual, existen niños de 4, 5 y 6 años altamente cooperadores, maduros, inteligentes y fácilmente motivables. En estos casos es posible lograr cambios fundamentales en la corrección de hábitos tales como succión, respiración bucal, deglución atípica, dislalias, postura vertical, etc.

Los pacientes de 6 a 8 años son receptivos y colaboran espontáneamente, es por esto que todo tipo de registro es más fácil entre estas edades. Estos períodos son favorables debido a los cambios funcionales que permiten redireccionar el crecimiento facial.

Los clínicos tienen preferencia por pacientes de más de 9 años para iniciar un tra-

* Dirección: Ignacio Núñez 2137, Montevideo-Uruguay.

tamiento disgnácico, por la madurez alcanzada y por una motivación social mejor aceptada. La motivación es a veces tan importante que sirve para contrarrestar la fuerza negativa de los hábitos.

CONDICIONES PARA LA TERAPIA MIOFUNCIONAL

Diagnóstico de los componentes muscular, óseo y dentario: amígdalas grandes o crónicamente inflamadas, adenoides, pasaje nasal restringido, anquiloglosia, alergias crónicas, discrepancias dentoalveolares, compresiones y mordidas cruzadas.

El diagnóstico precoz adquiere significación a efectos de una terapia miofuncional oportuna.

¿QUE RESULTADOS SE PUEDEN ESPERAR?

Si el tratamiento clínico es adecuado, el porcentaje de efectividad es satisfactorio. Se destaca la participación activa de los padres en el cumplimiento de los ejercicios a ser realizados en el hogar.

La motivación del paciente pediátrico es lograda más fácilmente por el ortopedista u ortodoncista, haciendo notar las anomalías existentes; explicando además que una vez iniciado el tratamiento debe ser consecuente hasta su culminación. Si no se cumple lo programado, las anomalías tienden a regresar a su estado inicial, en función de las fuerzas musculares adversas.

La terapia miofuncional es fácilmente aprendible y agradable al paciente, con requerimientos prácticos convenidos a través de instructivos. Por ejemplo, en el caso de deglución atípica se puede decir: "Tú probablemente deglutes (tragas) una vez por minuto durante el día; todas esas degluciones tienen que ser hechas correcta y automáticamente. El único modo para que logres ésto es que seas responsable y hagas los ejercicios que te enseñaré".

Durante las dos primeras semanas, se realizarán tres sesiones prácticas diarias, una en el consultorio y dos en el domicilio.

Se impone determinada responsabilidad familiar haciendo coparticipar a los padres. Si durante la semana se pierde más de una sesión práctica (una jornada) la semana completa se considerará perdida. Si los pa-

dres están motivados, el paciente niño se convierte en uno de los mejores colaboradores. El clínico obtiene a través de ellos todas las observaciones del comportamiento y comentarios concernientes a la corrección del hábito. Estas observaciones deberán ser apuntadas a lo largo de las dos primeras semanas.

Si el paciente es muy niño necesita a menudo metas inmediatas y recompensas; esto último convenido previamente con los padres. El clínico, deberá mostrar satisfacción y entusiasmo a lo largo de la semana de práctica intensa; sonrisas frecuentes, signos de asentimiento con la cabeza, con las manos y aprobaciones verbales que se convierten en fuerte estímulo para el niño.

La modificación del comportamiento funcional integral, involucra:

a) El establecimiento de una línea base que toma como patrón la fase inicial y conducta, previas al tratamiento.

b) Una programación de pasos detallados secuenciales que sirven de guía para lograr una meta bien definida (cada paso depende del adelanto práctico aprendido en pasos previos).

c) El ya mencionado sistema de recompensas que actúa como refuerzo del estímulo inicial.

La línea base es determinada a través del trabajo conjunto entre clínico, padres y observaciones propias del niño.

El esquema práctico es documentado en una carpeta, con un registro de todos los ejercicios asignados para cada sesión, y debe ser traída en cada consulta. Incluye una tarjeta de calificaciones semanales donde los padres apuntan los signos pre-establecidos. Si el niño ha cumplido con su trabajo horario; que varía de 10 a 30 minutos se apunta el signo (+), en caso contrario deberán apuntar el signo (-). Por ejemplo: si el ejercicio indica respiración nasodiafragmática con los labios cerrados y postura vertical en relación a un plano de referencia, por un lapso de 10 minutos y tres veces por día; el cumplimiento controlado de cada una de las sesiones indica un signo (+), en caso contrario el signo (-) deberá ser apuntado en cada sesión no realizada o incorrectamente realizada. Esto último es muy importante, dado que una práctica irregular del ejercicio no es compatible con el objetivo del tratamiento.

Al final de la semana se realiza la evaluación correspondiente:

- a) Se suman los signos (+)
- b) Se suman los signos (-)
- c) Se suman las horas extras (no obligatorias), si fueron hechas.

Si la suma de los signos (+) es mayor que la de los signos (-), se otorgará una recompensa. Un mayor número de signos (-) anula la recompensa, lo cual es tácitamente un castigo. Esto es para la primera semana.

Durante la segunda semana el paciente debe lograr el doble de marcas (+) que (-) para ganar una recompensa, tres veces la tercera semana y cuatro veces la cuarta semana. A fin de mes si el paciente logra mayor número de marcas (+) se le da una recompensa extra, siempre de acuerdo con los padres.

¿CUALES SON LOS OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO?

Eliminar en lo posible todas las posturas anormales relacionadas con la actividad muscular y su influencia en cavidad oral.

Consecuentemente el tratamiento no puede ser considerado exitoso hasta que todos los aspectos del problema hayan sido corregidos a un nivel subconsciente. El objetivo final será detener la evolución de la anomalía pronosticada y en muchos casos una mejoría de 1 a 2 milímetros en la maloclusión. Esto es constatado en los 6 meses siguientes a la primera sesión; facilitando el posterior tratamiento ortopédico.

Visto de una perspectiva diferente el objetivo de la terapia será el establecimiento de nuevos hábitos no disgnásicos; la función muscular adecuada será producida con un mínimo gasto de energía y sin efectos negativos estructurales.

NATURALEZA DE LA TERAPIA

1) Tener en cuenta que se inicia un tratamiento de reeducación a fin de lograr el "OPTIMO FUNCIONAL INTEGRAL".

2) Al estar presente una disfunción se debe liberar al hueso de las presiones anormales ejercidas por los músculos, que son causa de alteración en crecimiento y desarrollo.

3) Los músculos son reentrenados por sectores siguiendo una progresión lógica de mayor a menor, estableciendo nuevos patrones de hábito muscular.

PROCEDIMIENTOS PARA UNA PRACTICA

Primer paso

Debe corregir:

- a) posición postural
- b) respiración.

En a) la referencia es la línea vertical de la caída de la plomada que permite el control postural frontal y lateral.

En b) se debe lograr la permeabilidad del tracto aéreo natural (nasal); ante presencia de adenoides o cornetes hipertrofiados debe hacerse consulta con el otorrinolaringólogo.

EJERCICIO 1

Tomar como plano de referencia una superficie lisa (pared) y apoyar dorsalmente cabeza, omóplatos, cóxis y los talones; los brazos deben caer sueltos lateralmente. Esto reposiciona la cabeza en relación al tronco y subsecuentemente la lengua.

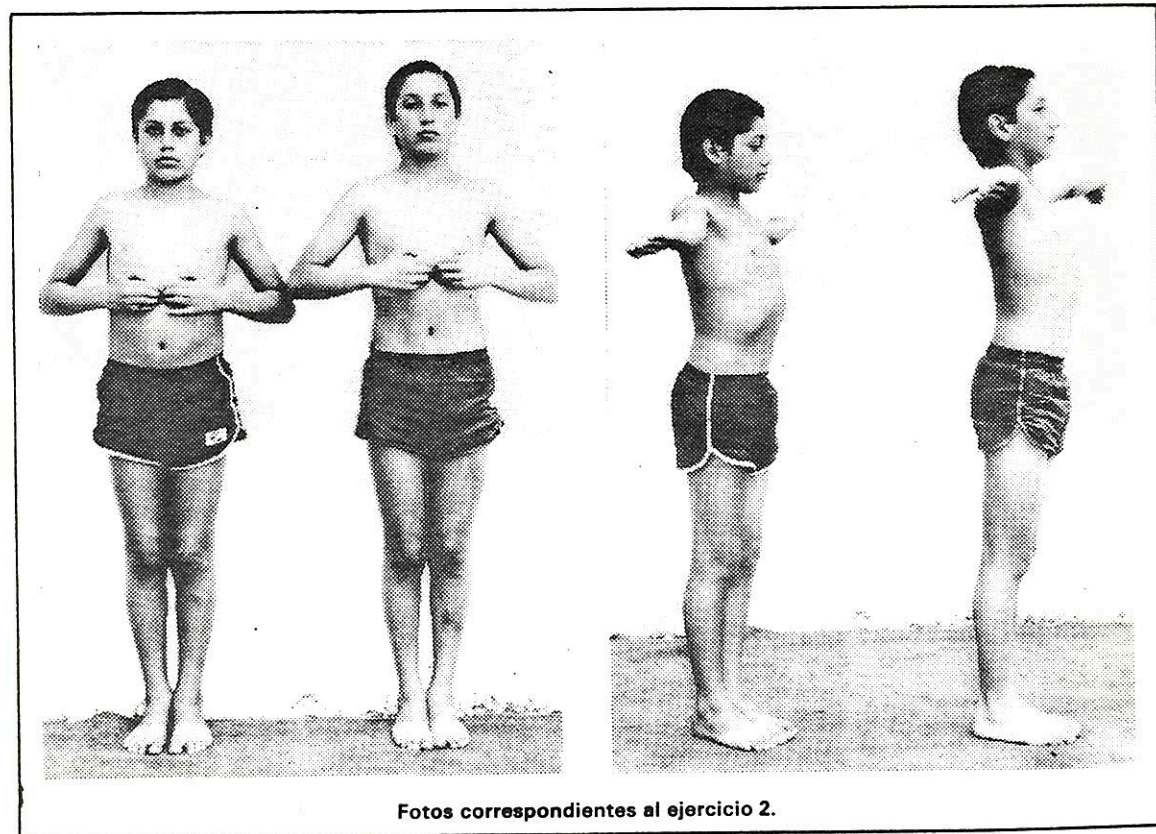
En esta postura el paciente debe lograr un dominio de respiración naso-diafragmática (ángulo de Murphy), ubicando su puño cerrado sobre el diafragma a boca cerrada y respiración cíclica nariz-diafragma-nariz. Realizar de 15 a 20 veces, 3 veces al día.

En ocasiones este dominio del diafragma puede ser logrado en postura decúbito dorsal; a este efecto es positivo trabajar en grupos de a dos o utilizar un peso de 1 a 2 libras sobre el lugar indicado.

EJERCICIO 2

Postura vertical plomada o pared.

Llevar ambos puños cerrados sobre el pecho, (ciclo respiratorio nariz-diafragma-nariz) extender a los costados, abrir el puño y rotar la palma de las manos adelante y arriba, el paciente debe sentir trabajo muscular a nivel de los hombros; esto consigue activar los músculos del vértice pulmonar.



EJERCICIO 3

Postura vertical plomada o pared. Manos sueltas a los costados, dedos juntos y extendidos y respiración nariz-diafragma-nariz. Los brazos se extienden adelante y arriba, paralelos entre sí hasta llegar a tocar la pared como plano de referencia. Se desciende a la posición inicial. Todo debe ser realizado lentamente.

Segundo paso

Incluye Mioterapia de labios, lengua y carrillos que dada su importancia será enfocada oportunamente y en forma independiente.

RESUMEN

El tratamiento preventivo debe ser interpretado como una regla fundamental

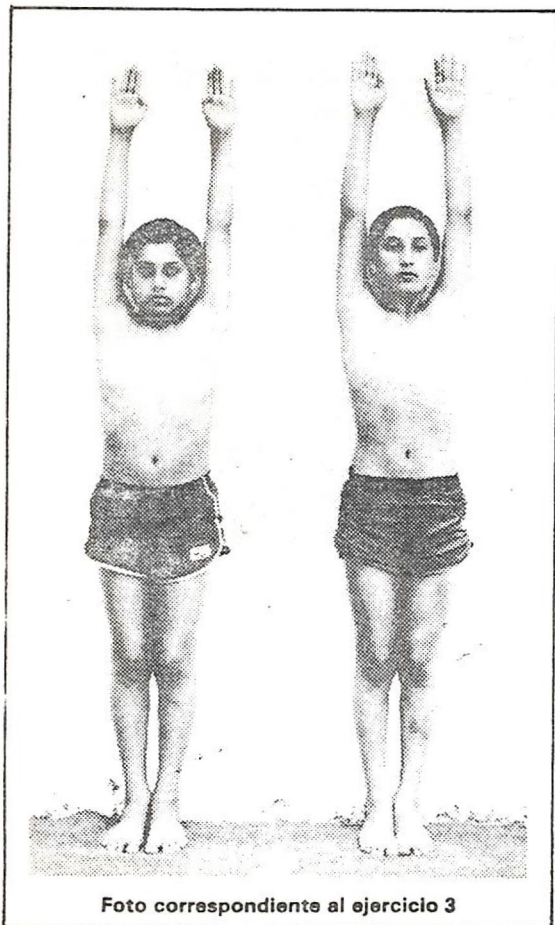


Foto correspondientes al ejercicio 3

para determinar cuando debe ser asistido un paciente con características disgnásicas potenciales. El ideal sería poder hacer el tratamiento en el paciente en crecimiento cuyos cambios funcionales y morfológicos posibilitan su reeducación funcional.

La Mioterapia incide sobre la postura y hábitos anormales constituyendo el paso previo necesario a todo tratamiento ortopédico funcional u ortodóntico. Esta fase de Mioterapia corrige la fuerza de presiones musculares anormales, las posiciones posturales inadecuadas, y reemplaza los hábitos deformantes por otros funcionalmente apropiados. Se busca con todo esto dar un paso más hacia el gran objetivo que es el de la salud infantil integral.

SUMMARY

Preventive treatment must be interpreted as an effective rule to determinate when it should be given to a potential patient. The ideal should be to do the treatment with the growing up pediatric patient whose permanent functional and morphologic changes facilitates his functional re-education.

Myotherapy falls into posture and non-normal habits being previous to every functional orthopedic or orthodontic treatment. This Myotherapy phase corrects the nonnormal muscular pressures forces, inadequate posture positions, replaces the deformant habits by other functionally appropriate ones. The goal is to give a step forward to the great objective: the integral childhood health.

BIBLIOGRAFIA

- (1) BARRET, R.: Oral myofunctional disorders. Ed. The CV Mosby Company, St. Louis, 1984.
- (2) BUÑO, I.: *Ortopedia Estomatológica Infantil*. Fascículo 1. Uruguay, 1986.
- (3) FINN, S.B.: *Odontología Pediátrica*. Ed. Interamericana. México. 1982.
- (4) GRAVER, T.M.: *Ortodoncia. Teoría y Práctica*. Ed. Interamericana. México, 1981.
- (5) ZICKEFOOSE, W. y HANSON, M.: *Oral Myotherapy*. Ed. The OMT Company. Sacramento, California. 1986.
- (6) ENLOW, D.H.: *Manual sobre crecimiento facial*. Ed. Inter-Médica. Buenos Aires, 1982.