



Opciones de Tratamiento para Mejorar el Habla



Cleftline

Ayuda y Esperanza **están en la línea.**

800-24-CLEFT | www.Cleftline.org



Queremos extender nuestro sincero agradecimiento
a eBay/PayPal por su apoyo y respaldo de esta edición de 2008.

Opciones de Tratamiento para Mejorar el Habla



Primera Edición
Reimpresión de 2008

Contribuyente Principal a la Primera Edición:

David Jones, PhD, Patología del Habla-Lenguaje

Editado por el Comité de Publicaciones de 2004:

Cassandra Aspinall, MSW, Trabajo Social

John Canady, MD, Cirugía Plástica

David Jones, PhD, Patología del Habla-Lenguaje

Alice Kahn, PhD, Patología del Habla-Lenguaje

Kathleen Kapp-Simon, PhD, Psicología

Karlind Moller, PhD, Patología del Habla-Lenguaje

Gary Neiman, PhD, Patología del Habla-Lenguaje

Francia Papay, MD Cirugía Plástica

David Reisberg, DDS, Prostondoncia

Maureen Cassidy Riski, AuD, Audiología

Carol Ritter, RN, BSN, Enfermería

Marlene Salas-Provence, PhD, Patología del Habla-Lenguaje

James Sidman, MD, Otolaringologa

Timothy Turvey, DDS, Cirugía Bucal y Máxilofacial

Craig Vander Kolk, MD, Cirugía Plástica

Leslie Will, DMD, MSD, Ortodoncia

Lisa Young, MS, Patología del Habla-Lenguaje

Traducido al español en 2008 por:

Shanetta Sanders-Gerald, Spanish Translation Unlimited, Raleigh, NC

Las figuras 1, 2 y 5 son reproducidas con el amable permiso de la Oficina de Prensa de la Universidad de Minnesota, en Minneapolis, *Una Guía Para Padres Sobre Labio Hendido y Paladar Hendido*, Karlind Moller, Clark Starr y Sylvia Johnson, eds, 1990.

La figura 3 es reproducida con el amable permiso de Millard DR: *Cleft Craft: The Evolution of its Surgeries*. Volumen 3: *Alveolar and Palatal Deformities*. Boston: Little, Brown, 1980, pp. 653-654

La figura 4 es un dibujo original por David Low, MD.

Derecho de Autor (Copyright) © 2004 por la Fundación del Paladar Hendido. Esta publicación es protegida por el Derecho de Autor. Antes de cualquier forma de reproducción de la publicación, necesita el permiso del Fundación del Paladar Hendido.

Contenido

¿Qué es la disfunción velofaríngea?	1
¿Por qué ocurre la DVF?	2
¿Cómo se diagnostica la DVF?	2
¿Cómo se puede tratar la DVF?.....	3
¿Cuáles son las opciones quirúrgicas que están disponibles?	4
Alargamiento del paladar blando.....	4
Colgajo faríngeo.....	4
Faringoplastia del esfínter.	5
Aumento de la pared faríngea	6
¿Qué ocurrirá después de la cirugía?.....	6
¿Hay opciones de tratamiento que no requieren cirugía para la DVF?	8
Bulbo De Habla.....	8
Levantamiento del paladar.....	9
¿Cuál es la mejor técnica?	10
Para Más Información.....	11

¿Qué es la disfunción velofaríngea?

La disfunción velofaríngea (DVF) ocurre cuando la abertura entre el paladar blando y la pared posterior de la garganta (espacio velofaríngeo) no puede cerrar correctamente durante el habla. Este problema resulta en la salida de aire o sonido por la nariz que no se necesita durante el habla. La palabra velofaríngeo/a viene de las palabras *velo*, o paladar blando, y *faringe*, o área de la garganta. Aproximadamente el 15-25% de los niños que nacen con paladar hendido (con o sin labio hendido) se desarrollarán DVF después de la reparación del paladar. Su médico o patólogo del habla y lenguaje también puede usar los términos insuficiencia velofaríngea o incompetencia velofaríngea (IVF) para describir este problema que puede resultar en un habla hipernasal.

Los sonidos del habla, ambos son nasales y orales. Cuando hablamos, algunos sonidos suelen salir por la nariz como los de /m/ y /n/. Usted puede sentir la vibración en la nariz cuando dice palabras como “mamá” y “no.” La mayoría de otros sonidos suelen salir solamente por nuestras bocas. Usted no debe sentir la misma vibración en la nariz cuando dice palabras como “papá” y “gato.” Es el cierre del espacio velofaríngeo que nos permite crear la presión de aire en la boca y producir estos sonidos consonánticos (ver Figura 1a). Este cierre ocurre cuando el paladar blando es elevado arriba y atrás para hacer contacto con la parte de atrás de la garganta, posiblemente junto con las paredes de la garganta moviéndose para encontrarlo. Los individuos con DVF no pueden cerrar eficazmente este espacio, y por eso, tienen el aire saliendo por las narices cuando no deben (ver Figura 1b).

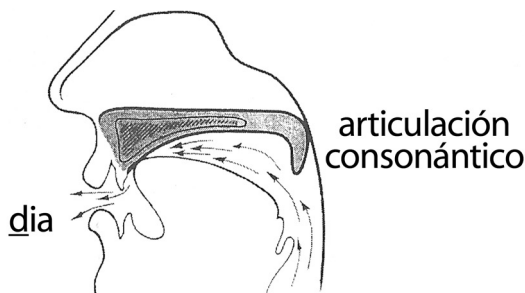


Figura 1a

El cierre normal durante la producción de los sonidos consonánticos. Un paladar blando normal cierra la nariz de la boca y permite el aumento de la presión que esta necesitado para la producción normal de muchos consonantes

¿Por qué ocurre la DVF?

Por lo general, la DVF ocurre por una de dos razones. Primero, si no hay suficiente tejido del paladar para el cirujano usar durante la reparación del paladar, el paladar blando reparado puede ser más corto de lo normal. Como una consecuencia de esto, el paladar blando puede ser demasiado corto para hacer contacto con la pared posterior de la garganta superior (ver Figura 1b). Segundo, es posible que los músculos que muevan el paladar blando y las paredes de la garganta superior no puedan funcionar correctamente para moverse estas estructuras lo suficientemente lejos o rápido como para hacer cerrar el espacio velofaríngeo cuando sea necesario. En algunas ocasiones, una combinación de estos factores puede resultar en la DVF.



Figura 1b

El cierre inadecuado durante la producción de los sonidos consonánticos. Cuando el cierre está inadecuado como resultado de los problemas con el paladar blando, el aire sale por las narices, por el espacio velofaríngeo, y los consonantes llegan a ser débiles o desaparecen.

¿Cómo se diagnostica la DVF?

Cuando alguien produce un habla nasal, generalmente significa que la DVF está presente. Sin embargo, para determinar la causa de DVF, es necesario observar las estructuras velofaríngeas durante el habla. Una máquina de rayos X, la cual se graba en video puede permitir a los médicos para observar el mecanismo velofaríngeo desde el lado y frente (videofluoroscopia). También podrían colocar un tubo estrecho y flexible en la ventana de la nariz para

observar el paladar desde arriba. Este procedimiento se llama videoendoscopia puesto que es un tubo flexible que está conectado a una videocámara. Los expertos en paladares hendidos pueden recomendar que uno de estos procedimientos o ambos sean realizados para ayudar a diagnosticar el problema. Al observar cómo el paladar blando y las paredes de la garganta están funcionando durante el habla, los expertos en paladares hendidos pueden determinar, 1) si un espacio velofaríngeo está presente, 2) el tamaño y la ubicación del espacio velofaríngeo, y 3) qué estructuras actualmente se están moviendo durante el habla. Esta información es importante debido a que ayuda a los expertos en paladares hendidos para determinar cómo la DVF debe ser tratada.

¿Cómo se puede tratar la DVF?

El propósito de tratar la DVF es eliminar o reducir significativamente la hipernasalidad y la salida excesiva de aire nasal durante el habla. El tratamiento quirúrgico puede cambiar el tamaño y la forma del espacio velofaríngeo para que cuando su niño hable, el aire y sonido serán dirigidos hacia afuera de la boca y no por la nariz. A veces una pequeña cantidad de nasalidad todavía está presente después del tratamiento, pero tal vez no sea suficiente para que la mayoría de las personas puedan notar.

Los niños con DVF pueden tratar de compensar su falta del cierre velofaríngeo. Para tratar de producir los sonidos del habla que otras personas producen, puedan usar sus gargantas o lenguas de maneras que actualmente lo hacen más difícil entender su habla. Estos patrones del habla a menudo se llaman articulaciones compensatorias. Tratar la DVF no impedirá automáticamente que su niño produzca incorrectamente los sonidos. Como cualquier hábito, toma esfuerzo para cambiar estos patrones del habla. La terapia del habla a menudo puede ayudar a que su niño recapacita su boca para producir correctamente los sonidos del habla, aún antes de que se trate la DVF.

¿Cuáles son las opciones quirúrgicas que están disponibles?

Usted debe hablar con su equipo de expertos en paladares hendidos sobre cuál opción quirúrgica puede ser la mejor para usted o para su niño. Las cirugías más comunes son descritas abajo.

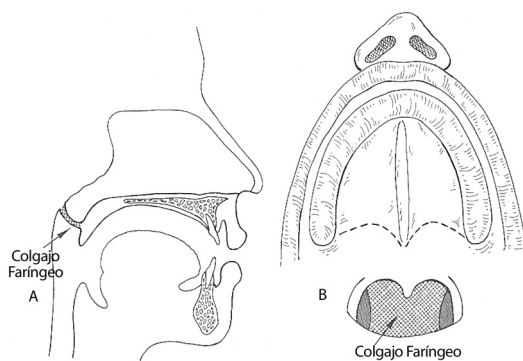
Alargamiento del paladar blando

El procedimiento de alargamiento requiere que el cirujano realice otra cirugía del paladar blando. Generalmente hay dos situaciones en que este procedimiento puede ser escogido. Primero, en algunas personas el paladar blando se mueve bien pero es ligeramente más corto. En este caso, la cirugía requiere que el paladar blando sea hecho más largo para que cuando se mueva, pueda hacer contacto con la pared posterior de la garganta superior durante el habla. Segundo, en algunos individuos el músculo que mueve el paladar blando no está en la posición correcta. En este caso, la cirugía requiere el cambio de posición del músculo para que el paladar blando se moverá mejor mientras también alargando un poco el paladar blando. Con la longitud y movilidad mejorada, el paladar blando ahora debe hacer contacto con la pared posterior de la garganta superior.

Colgajo faríngeo

Durante el procedimiento de colgajo faríngeo, el cirujano hace las incisiones sobre la pared posterior de la garganta y crea un colgajo de tejido. El cirujano une el extremo libre del colgajo al paladar blando. El resultado es un puente de tejido permanente entre la garganta y el paladar blando que ayuda a reducir el espacio velofaríngeo (ver Figura 2a). Idealmente, el colgajo no bloquea totalmente la abertura de la nariz. Una vista del colgajo faríngeo desde arriba (ver Figura 2b) muestra que hay aberturas o puertos, en cualquier lado que deben permitir a una persona respirar por la nariz.

Este procedimiento tiende a trabajar mejor para los pacientes que tienen un buen movimiento de las paredes laterales de la garganta superior, porque es este movimiento el que cierra las aberturas o puertos, durante el habla. Durante el habla, las paredes laterales de la garganta superior se mueven y hacen contacto con el colgajo en cualquier lado, cerrando el espacio velofaríngeo. Cuando no se habla, las paredes laterales se vuelven a la posición de reposo.



Figuras 2a y 2b

La cirugía de colgajo faríngeo. En la cirugía de colgajo faríngeo, el cirujano hace un puente o colgajo de tejido que conecta el paladar blando a la pared posterior de la garganta. Este colgajo mejora el cierre entre la nariz y la boca y ayuda a eliminar el sonido nasal en el habla.

Faringoplastia del esfínter

Como la cirugía del colgajo faríngeo, la faringoplastia del esfínter cambia la forma del espacio velofaríngeo, pero lo hace de una manera diferente. En vez de levantar un solo colgajo desde la pared posterior de la garganta, el cirujano hace las incisiones a lo largo de cada *lado* de la garganta para crear *dos* colgajos de tejido. Entonces, estos colgajos se jalan hacia arriba y se unen a los lados y la parte de atrás de la garganta. El resultado es un anillo de tejido permanente que cubre las paredes de la garganta superior y hace más pequeño el espacio velofaríngeo (ver Figura 3).

Mientras que la cirugía del colgajo faríngeo crea dos agujeros cerca de los lados de la garganta para que el aire pueda pasar, la faringoplastia del esfínter crea un solo agujero en el centro de la garganta rodeada por un borde de tejido nuevo. Cuando el paladar blando se eleva durante el habla, hará contacto con este borde para cerrar el espacio velofaríngeo más pequeño. Este procedimiento tiende a trabajar lo mejor para los pacientes que tienen un buen movimiento del paladar blando y poco movimiento de las paredes laterales de la garganta superior.

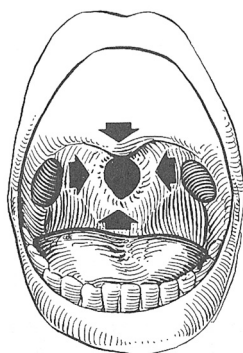


Figura 3
Faringoplastia del esfínter. El cirujano hace un círculo de tejido que reduce el tamaño del espacio velofaríngeo.

Aumento de la pared faríngea

Algunas personas con DVF ya tienen un espacio velofaríngeo algo pequeño y pueden necesitar un procedimiento de aumento de la pared faríngea. En este caso, el cirujano crea un abultamiento en la pared posterior de la garganta superior para que una parte de la pared esté más cerca del paladar blando. El cirujano pueden añadir un abultamiento en la pared posterior de la garganta superior por medio de: a) injertar o implantar algún material artificial, b) injertar o implantar la grasa o el cartílago del cuerpo de la persona; o c) crear un colgajo (similar al colgajo faríngeo), el cual se dobla y se sutura a la pared posterior de la garganta.

Después de la cirugía, el espacio velofaríngeo es más pequeño debido a un abultamiento añadido a lo largo de la pared posterior de la garganta superior. Cuando el paladar blando se eleva durante el habla, hará contacto con el abultamiento para cerrar el espacio velofaríngeo pequeño (ver Figura 4). Este procedimiento tiende a trabajar mejor para los pacientes que tienen un buen movimiento del paladar y un espacio velofaríngeo muy pequeño.

¿Qué ocurrirá después de la cirugía?

Después de la cirugía, el paladar y la garganta estarán hinchados y amoratados por varios días. La sensación de tener congestión nasal es común durante este tiempo, y puede resultar en un habla nasal (denasal o hiponasal) que dura entre 7 y 10 días o más. Las puntadas en el paladar disolverán unos pocos días después de la cirugía. Su cirujano le dará instrucciones sobre las comidas que son apropiadas para comer durante este

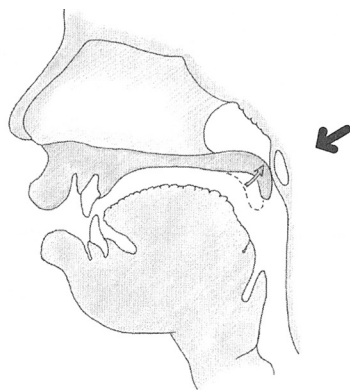


Figura 4

Aumento de la pared faríngea. El cirujano ha añadido un abultamiento en el posterior de la garganta para reducir el espacio velofaríngeo de esta paciente.

período. Las preguntas sobre la duración de la cirugía, la duración de la estancia en el hospital, el manejo del dolor y los problemas a los que se debe estar atento después de la cirugía pueden ser contestados por su cirujano y su equipo de expertos en paladares hendidos.

¿Cuáles son los riesgos asociados con el tratamiento quirúrgico de DVF?

El tratamiento quirúrgico ha mostrado ser muy exitoso en el tratamiento de DVF. Sin embargo, también hay posibles problemas. El colgajo faríngeo o la faringoplastia del esfínter a veces reduce el tamaño del espacio velofaríngeo más que el que se necesita. Cuando esto ocurre, puede ser más difícil respirar por la nariz, y puede resultar en un habla nasal por varios meses (o quizás más largo) después de la cirugía. Si la respiración nasal se hace extremadamente difícil, una persona no puede respirar normalmente durante el sueño y se puede desarrollar apnea del sueño. En casos extremos, se puede necesitar otra cirugía para quitar alguno de los tejidos colocados durante la primera cirugía. El cirujano tratará de quitar sólo el tejido suficiente para mejorar la respiración nasal, y pero todavía sólo dejando suficiente para ayudar con el problema original de DVF. Tenga en mente que la cirugía no puede solucionar cada problema del habla, especialmente cuando el conducto del aire de una persona no puede tolerar el tejido adicional que se necesita para mejorar el habla.

Otro posible problema es que el tamaño del espacio velofaríngeo todavía puede ser demasiado largo después de la cirugía. El tejido que supuso hacer más pequeño el espacio podría alejarse de la garganta, o el tejido podría encojerse demasiado cuando la parte de atrás de la garganta se cure. Si esto ocurre, usted todavía puede oír el aire y sonido saliendo afuera de la nariz durante el habla. En algunos casos, se puede necesitar una cirugía adicional para reducir más el tamaño del espacio velofaríngeo. Otra vez, la cirugía no puede solucionar los problemas del habla de cada persona.

¿Hay opciones de tratamiento que no requieren cirugía para la DVF?

En algunas ocasiones, la cirugía no puede ser la mejor opción para las personas con DVF, debido a que no están lo suficientemente sano como para soportar una anestesia o cirugía, o debido a que el equipo de expertos en paladares hendidos creen que la cirugía no sería exitosa. En estos casos, la DVF se puede tratar con un aparato que se quita y se pone (prótesis), que ayuda en la función del cierre velofaríngeo durante el habla. Estas prótesis son hechas por un especialista dental tal como prostodoncista. Los dos tipos principales de aparatos son el bulbo del habla y levantamiento del paladar.

Bulbo del habla

El bulbo del habla es una bola plástica que encaja sobre el espaciovelofaríngeo. Este aparato se une a una placa plástica que se coloca en el techo de la boca, y se mantiene en su posición mediante los broches de alambre en algunos de los dientes (ver Figura 5b). Parece una abrazadera dental con una extensión en el extremo. El tamaño del bulbo variará dependiendo del tamaño del espacio velofaríngeo y de cuánto movimiento tienen el paladar blando y las paredes faríngeas. Durante el habla, las paredes de la garganta superior se mueven y hacen contacto con el bulbo, cerrando el espacio velofaríngeo e impidiendo que el aire y sonido salgan por la nariz. Se quita el aparato durante la noche o antes de la hora de irse a la cama.

En algunos casos, el bulbo del habla es una solución permanente a la DVF. Es decir, aunque sea removible, algunos pacientes deben llevarlo por el resto de sus vidas. Sin embargo, generalmente es una solución temporaria hasta que una persona sea considerada un buen candidato para la cirugía. En unos pocos casos, el bulbo del habla puede estimular más los movimientos velofaríngeos. En estos casos, el bulbo se puede hacer más pequeño con el paso del tiempo.

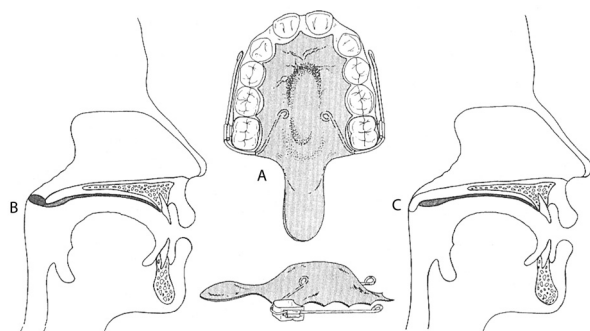


Figura 5

El uso de una prótesis del habla para mejorar el cierre. Ambos el bulbo del habla (izquierda) y el levantamiento del paladar (derecha) puedan ser usados para cerrar la nariz de la boca. Un bulbo del habla mantiene su posición en la boca por una sección que cubre el paladar duro y por broches que sujetan a los dientes (A). Cuando lo está en posición (B), el bulbo llena la mayoría del espacio en el posterior de la garganta para que el cierre es más fácil para hacer. Un levantamiento del paladar ayuda el cierre por levantando el paladar blando para que viene en contacto con el posterior de la garganta (C).

Levantamiento del paladar

El levantamiento del paladar es similar a un bulbo del habla que consiste en una placa plástica en el techo de la boca que se fija a varios dientes. Sin embargo, su extensión es una paleta plástica más ancha que se extiende hacia atrás para elevar arriba y atrás el paladar blando, cerrando el espacio velofaríngeo (ver Figura 5c). También se quita este aparato durante la noche o antes de la hora de irse a la cama.

El levantamiento del paladar eleva el paladar blando sobre el espacio velofaríngeo y lo mantiene arriba, si la persona habla o no. En su posición elevada, el paladar blando y/o las paredes de la garganta superior cierran el espacio velofaríngeo. Todavía hay aberturas pequeñas en los lados para permitir a una persona respirar por la nariz. El levantamiento del paladar generalmente es apropiado para los pacientes que tienen un paladar blando de longitud normal y poco movimiento del paladar blando o de las paredes de la garganta. Este problema podría ser causado por el paladar hendido, pero es generalmente el resultado de un trastorno neurológico.

¿Cuál es la mejor técnica?

Es común para las personas cuál es la mejor técnica de tratamiento. Para contestar esta pregunta, es importante recordar que hay diferentes causas de la DVF. La técnica para el tratamiento debe estar diseñada para dirigir a las causas del problema. Sus proveedores médicos deben considerar tales factores en cuanto al tamaño del espacio velofaríngeo, la longitud del paladar blando y qué partes del paladar y/o la garganta se mueven bien durante el habla. Debido a que estos factores varían de persona a persona, la técnica de tratamiento que es apropiada para una persona no puede ser apropiada para otra. Hable con los miembros de su equipo de expertos en paladares hendidos para más información.

Para Más Información:

*Publications from the Cleft Palate Foundation are
also available in English.*

Esta publicación y muchas otras han sido producidas por:

La Fundación del Paladar Hendido
(en inglés, Cleft Palate Foundation)
1504 East Franklin Street, Suite 102
Chapel Hill, NC 27514
919.933.9044
919.933.9604 Fax
info@cleftline.org
www.cleftline.org

La Fundación del Paladar Hendido (CPF por sus siglas en inglés) mantiene una creciente colección de folletos y hojas informativas que dan una introducción y explicación a fondo de muchos elementos del cuidado y tratamiento craneofacial. Todas las publicaciones están escritas y revisadas por representantes de disciplinas profesionales que trabajan en el cuidado y tratamiento craneofacial.

Para obtener un formulario y ordenar publicaciones para instituciones, incluyendo precios actuales, tarifas por y costos de envío visiten el sitio de internet de la Fundación del Paladar Hendido o llamen a la Fundación por **Cleftline**. Todas las hojas informativas están disponibles al entrar en la página y documentos de PDF. Familias, pacientes, estudiantes y otros individuos podrían pedir gratis paquetes de las publicaciones mandando un correo electrónico a info@cleftline.org o llamando **Cleftline**.

Hasta hoy, la Fundación del Paladar Hendido ha compartido más de 7.000 ositos de peluche por la compañía Gund con labios hendidos reparados a niños y familias por todo el mundo. Favor de visitar la página www.cleftline.org o llamar para más información sobre nuestros ositos.

Si querría hacer una donación a la Fundación del Paladar Hendido, favor de visitar www.cleftline.org o llamar 1.800.242.5338 para hacer su donación. Muchas gracias.

AYUDA Y ESPERANZA ESTÁN EN LA LÍNEA

Notas

[illegible]

[illegible]



1504 East Franklin St., Suite 102
Chapel Hill, NC 27514

