

HOSPITAL INFANTIL DOCENTE "PEDRO BORRAS ASTORGA"

Incidencia de espasmofemia funcional (tartamudez) durante la rehabilitación del fisurado palatino

Por el Dr.:

RICARDO CABANAS COMAS*

Cabanas Comas, R. *Incidencia de espasmofemia funcional (tartamudez) durante la rehabilitación del fisurado palatino*. Rev Cub Ped 47: 1, 1975.

Se expone la aparición brusca de tartamudez o espasmofemia funcional durante el estudio sistemático de 25 casos de niños operados de fisura palatina, que estaban bajo tratamiento logopediátrico en el departamento de logopedia y foniatría del hospital infantil "Pedro Borrás Astorga", y cuyas edades oscilaban entre los 2 y medio y los 6 años, sin que presentaran otra patología. Cinco de esos casos presentaron síntomas de espasmofemia funcional antes de los 90 días de tratamiento. Se analizan las posibles causas de la complicación espasmofémica, basándose en la idiosincrasia psicofisiológica de los casos, los que habían sido sometidos a una técnica funcional terapéutica que por sus características favorece la incidencia de la tartamudez. Como conclusiones se ofrecen medidas profilácticas específicas durante la rehabilitación del niño operado de fisura palatina.

Este trabajo tiene la pretensión de representar una sencilla contribución al mejor manejo y conocimiento de la atención especializada de los trastornos del habla y de la voz que se pueden observar en el niño operado de fisura palatina, y que, como es bien sabido, resulta habitual que persistan, por distintas razones que no sería pertinente explicar aquí, independientemente del éxito que se haya obtenido en la intervención quirúrgica con relación a los logros estéticos y a la mejor realización de otras funciones que no son de índole verbovocal, como la respiración y la deglución.

En la literatura mundial sobre esta materia aparecen numerosas y diversas

referencias a las anormalidades de la comunicación oral en estos casos. Sin embargo, excepcionalmente se puede encontrar alguna que mencione específicamente el tópico que nos ocupa. Obras clásicas, como las de *Van Thal*¹ y *Fröschels*,² cuyo alto valor general es reconocido aún en nuestros días, no lo tocan, así como tampoco trabajos serios posteriores, entre los que merece señalarse el de *Doob*.³

Es, principalmente, en el transcurso de la última década que surgen investigaciones y observaciones de distintos autores, como *Blacfield*,⁴ *Laeb*⁵ y *Quigley*,^{6,7} entre otros, que aportan nuevos y valiosos datos sobre la cuestión. Con respecto a nuestra contribución estimamos que si algún valor pudiera tener, ello radicaría en un enfoque determinado, bien preciso y minucioso, sobre una complicación específica: la espasmofemia funcional o tartamudez, que, como

* Médico jefe del departamento de logopedia y foniatría. Hospital infantil docente "Pedro Borrás Astorga", Calle F/27 y 29, Vedado, La Habana, Cuba.

más adelante señalaremos, puede presentarse en estos niños con una frecuencia significativa, así como sobre las condiciones psicofisiológicas que se encuentran presentes en el niño fisurado palatino y que tienden a favorecer la instalación de esa tartamudez como un epifenómeno reaccional, de tipo psicofuncional.

Nuestro trabajo recoge observaciones realizadas durante el curso del tratamiento logofoniatrico de niños operados de fisura palatina completa o incompleta, con o sin labio leporino, y que eran normales desde cualquier otro punto de vista: mental, neurológico, auditivo, etc. Dichas observaciones fueron motivadas por el hecho de que habíamos sido preocupados por experiencias anteriores, diseminadas en el tiempo, de aparición brusca de tartamudez en estos tratamientos, proponiéndonos entonces estudiar sistemáticamente el fenómeno. Para ello hubimos de escoger un total de 25 de esos casos, cuyas edades fluctuaban entre los 2 y medio y 6 años. Todos ellos comenzaron su tratamiento en el departamento de logopedia y foniatría del hospital infantil docente "Pedro Borrás Astorga" entre diciembre de 1970 y enero de 1971. En el decursar de la terapia específica pudimos comprobar que 5 de los 25 niños comenzaron a presentar síntomas de tartamudez, dentro de los 90 días de iniciada su rehabilitación, siendo los que más llaman a la atención los siguientes:

- a) *Esfuerzos musculares de tipo espasmoideo (tonus)*. Estas contracciones se generalizaban en el habla, pero sucedían con mayor frecuencia durante la emisión o pronunciación de las sílabas que poseían un fonema de tipo fuerte como la P, la T, o la K.
- b) *Vacilaciones y titubeos a repetición*. Estas interrupciones rompían la fluencia oral en mayor o menor grado.
- c) *Signos psicológicos*. Superconciencia, vivencia exagerada del habla, carac-

terizadas por retraimiento, negativismo, etc. A veces, un verdadero cuadro de fobia a la comunicación por la palabra.

Es conveniente señalar que ninguno de esos casos eran referidos en su historia clínica como portadores de síntomas de esa naturaleza con anterioridad a su concurrencia al departamento, al cual acudieron solas y exclusivamente por las secuelas restantes de su malformación: la dislalia más o menos generalizada y la notable nasalidad abierta, que nosotros preferimos llamar hiperrinolalia.

Ante la irrupción de esa tartamudez como cuadro complicatorio, ¿qué explicación encontrar? ¿Qué factores podían ser incriminados como causantes del desencadenamiento de la espasmodia funcional? A nuestro juicio, y siempre a la luz interpretativa de los conceptos de la escuela vienesa de *Fröschels*, las respuestas a esas preguntas se construirían sobre la base de los lineamientos que expondremos en los párrafos siguientes.

En principio, es necesario considerar un hecho importante, y es que estos niños, por razones científicas de todos conocidas, son llevados a la sala de operaciones, generalmente a muy temprana edad, debiendo comenzar luego, y cuanto antes mejor, su tratamiento logofoniatrico; ese comienzo está condicionado, entre otros factores, por la relativa madurez mental del niño para cooperar en la práctica de los distintos ejercicios funcionales terapéuticos. Hay que tener en cuenta que estas edades de dos, tres, cuatro y hasta cinco y seis años, en que habitualmente se empieza la terapia del habla y de la voz, y que tenían nuestros casos, son edades en las que todavía no se ha realizado del todo la serie de procesos biopsicodinámicos de las asociaciones corticales y subcorticales envueltas en el mecanismo del habla, existiendo por ello cierto desequilibrio funcional que representa una desventaja en estos niños en

los cuales, y esto debe ser bien comprendido, la misma índole del método rehabilitativo exige forzosamente realizaciones de articulación no sólo muy atentas y exactas en los distintos niveles de pronunciación, sino también relativamente exageradas en cuanto a la fuerza muscular de producción, especialmente en lo que se refiere al orbicular de los labios, bucinador, risorio de Santorini y otros músculos de la lengua, velo del paladar, pared faríngea, etc., a los que se estimula por medio de contracciones convenientemente dirigidas y diversas sinquiesias fisicovocales.

Para una mejor comprensión de lo anteriormente expuesto, esbozaremos lo que puede considerarse la línea general de tratamiento en estos casos, y que se basa, tanto en el conocimiento específico de la biofisiodinamia de la articulación como en el de la fisiopatología de la resonancia vocal. Dicha línea general se verifica en dos direcciones:

1. *Tratamiento específico de la dislalia:* instauración de los fonemas inexistentes y mejoría hasta el máximo de aquellos que se realizan deficientemente.
2. *Tratamiento específico de la hiperrinolaria:* desaparición o minimización de la resonancia nasal exagerada.

Ambos aspectos de consideración terapéutica se abordan conjuntamente desde el comienzo mediante la ejecución de ejercicios funcionales apropiados, de los cuales daremos a continuación algunos ejemplos, cuyas técnicas de ejecución serán elocuentes por sí solas para reafirmar los conceptos vertidos más arriba:

A) Cerrando fuertemente los labios, abuchar bien las mejillas, y después de mantener la presión aérea intrabucal durante unos instantes, soltar rápida y explosivamente el aire por la boca, pronunciando si-

multáneamente una sílaba enérgica y corta con la P. Con este ejercicio se pretende, de un lado, erigir el concepto motor de un fonema que, como el de la P, está generalmente ausente o deficiente en estos casos; de otro lado, la movilización hacia arriba y atrás del velo del paladar debido al empuje de la masa aérea acumulada dentro de la boca.

- B) Abrir bien la boca y hacer fuerza exagerada a nivel de la garganta mientras se pronuncian enérgicamente los sonidos AK, EK, IK, OK, UK. Este ejercicio va dirigido al establecimiento del patrón cinesticomotor del fonema K, también muy tomado en estos casos, y, al mismo tiempo, debido a la contracción muscular que provoca a nivel del istmo de las fauces; conduce a un mejor cierre funcional de la comunicación buconasal, e involucra fundamentalmente al velo, en el esfuerzo.
- C) Con los dientes bien unidos y las comisuras labiales bien extendidas, en posición de sonrisa forzada, emitir silbidos al principio finos, largos y suaves, que luego podrán irse haciendo más fuertes, dirigiendo, con la mayor atención, el aire por entre los intersticios dentales. Este ejercicio que, como los demás, en fases sucesivas se une a vocales, persigue como objetivo la implantación del concepto motor del fonema S, otro de los más afectados; él exige, además de una determinada contracción muscular, una muy fina concentración de la atención sobre la dirección bucal del aire espirado durante la realización fonoarticulatoria.

Estos y otros ejercicios funcionales logofoniatrícos se llevan a cabo, como norma general, en sesiones cortas de cinco a diez minutos de duración, y se dosifican en

varias repeticiones diarias, buscándose con ello un automatismo de la función que conduzca a la siembra y fijación de la imagen cinestésicomotora definitiva.

Como se puede ver, la terapia verbocal del niño operado de fisura palatina hace que éste se enfrente, súbitamente, a una serie de maniobras a realizar con sus órganos articulatorios, varias veces en el día, que arrastran consigo dos repercusiones inmediatas: el uso de una fuerte tensión muscular sobrecargando los mecanismos articulatorios, y un empleo, que se exige siempre mayor, de la concentración atencional sobre los detalles del habla.

Si aceptamos la espasmofemia funcional o tartamudez como una entidad nosológica de la comunicación verbal, como una reacción psicofuncional de vivencia exagerada de la dinámica oral, sobre la cual se instala un hábito de contracción espasmóidea, se hará fácil comprender que en estos niños, sometidos a precisos esfuerzos psicofísicos articulatorios en una edad en la cual todavía se está en plena etapa de integración funcional, se presenten condiciones invitadoras para el desarrollo de la tartamudez. La presentación de esta última sería más probable en aquellos casos en los cuales concurrieran factores igualmente favorecedores, como lo serían la conducta negativa del medio familiar o ambiental, y otros.

Por todo lo anteriormente expuesto, este trabajo propone los siguientes planteamientos como conclusiones finales:

Primero: Dentro de las limitaciones que permiten las características de una rehabilitación funcional que se basa fundamentalmente en la ejecución de esfuerzos mus-

culares, no exagerar estos últimos, ni su duración, en el niño fisurado.

Segundo: Ejercer el mayor control posible, tal como se hace en la tartamudez, sobre el medio familiar y ambiental de estos niños, aconsejándose en cuanto a la conducta a seguir con él: no urgirlo, no burlarse, no colocarlo en condiciones conflictivas, etc.

Tercero: Facilitar, conjuntamente con la terapia específica, el desarrollo ideoverbal del niño, mediante láminas, narraciones, etc., sin importar momentáneamente lo correcto o no de la articulación.

Cuarto: Igualmente importante desde el punto de vista profiláctico, y también paralelamente con el tratamiento propiamente dicho, del niño fisurado palatino, deben realizarse ejercicios funcionales que contrarresten los efectos de la tensión muscular y coadyuven a mantener cierta fluidez en el habla, como son la elongación de vocales durante la pronunciación de palabras y frases, el uso de entonaciones rítmicas, etc.

Quinto: A la menor aparición de síntomas de tartamudez, debe suspenderse inmediatamente la terapia anterior de rehabilitación específica del fisurado, dedicándose todos los esfuerzos a combatir la espasmofemia comenzante por los medios clásicos de relajación, minimización de la conciencia oral, automatización de los movimientos articulatorios, etc.

Sexto: La rehabilitación logofoniatría de la dislalia y la hiperrinolalia se recomendará, siempre de manera gradual, sólo cuando se pueda considerar como dominada la situación oral con respecto a la tartamudez.

SUMMARY

Cabanas Comas, R. *Incidence of functional spasmophemia (stuttering) during rehabilitation of the child with cleft palate.* Rev Cub Ped 47: 1, 1975.

A sudden appearance of stuttering or functional spasmophemia during a routine study of 25 children operated on for cleft palate, and who were being submitted to logophoniatric treatment at the Department of Logopedia and Phoniatics of "Pedro Borrás Astorga" infantile hospital, is exposed. Their ages ranged between 2½ and 6 years and they did not show any other pathology. Five of them had symptoms of functional spasmophemia before 90 days of

treatment. Possible causes of spasmophemic complication are analyzed on the basis of the psychophysiological idiosyncrasy of patients who had been submitted to a therapeutic functional technique that for its characteristics, favours the incidence of stuttering. Specific prophylactic measures applied during the rehabilitation of children operated on for palate fissure are indicated.

RESUME

Cabanas Comas, R. *Incidence de l'espasmophémie fonctionnelle pendant la réhabilitation de la fissure du palais*. Rev Cub Ped 47: 1, 1975.

On expose la subite apparition de l'espasmophémie fonctionnelle pendant l'étude systématique chez 25 enfants opérés de la fissure du palais qui étaient sous traitement logophoniatrice dans le département de logopédie et phoniatrice à l'hôpital pédiatrique "Pedro Borrás Astorga" et leur âge était comprise entre 2 ans et demie et 6 ans. Cinq de ces malades présentaient symptômes d'espasmophémie fonctionnelle avant les 90 jours de traitement. On analyse les causes possibles de la complication spasmophémique sur la base de la idiosyncrasic psychophysiological des malades, lesquels ont passé la technique fonctionnelle thérapeutique que ce qui favorise l'incidence du bégaiement. On propose des mesures prophylactiques spécifiques pendant la récupération de l'enfant opéré.

РЕЗЮМЕ

Кабанас Комас Р. Частота функциональной спазмофемии (заикание) при реабилитации врожденного расщелины нёба. Rev Cub Ped 47: 1, 1975.

Указывается резкое проявление заикание или функциональной спазмофемии при систематическом изучении 25 детей оперированных по поводу расщелины нёба и которые были под условием логофониатрического лечения в отделении логопедии и фониатрии педиатрического госпиталя "Педро Боррас Асторга", возраст которых колебались между 2 1/2 и 6 лет без других патологий. 5 из них имели симптомы функциональной спазмофемии до 90 дней лечения. Анализируются возможные причины осложнения спазмофемии на основе психопрофилактических случаях. В заключении даются специфичные предупредительные мероприятия проводимых во время реабилитации детей оперированных по поводу расщелины нёба.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Van Thal, J. H. "Cleft Palate Speech". George Allen and Unwin Ltd, London, 1934.
- 2.—Fröschels, E. "Speech Therapy". Expression Co Boston, 1933.
- 3.—Doob, D. "Rhinolalia", Chapter XII, en: "Twentieth Century Speech and Voice Correction", Editor: Fröschels, E. Philosophical Library, New York, 1948.
- 4.—Blackfield, H. M. et al. "Cinefluorographic Analysis of the Surgical Treatment of Cleft Palate Speech". Plast Reconst Surg 31: 542-53, Jun. 1963.
- 5.—Laeb, W. J. "Speech, Hearing and the Cleft Palate". Arch Otolaryng (Chicago) 79: 4-14 Jan. 1964.
- 6.—Quigley, L. F. et al. "Velocity and Volume Measurements of Nasal and Oral Airflow in Normal and Cleft Palate Speech, Utilizing a Warm-Wire Flowmeter and Two-Channel". J Dent Res 42: 1520-7, Nov-Dec. 1963.
- 7.—Quigley, L. F. et al. "assessment of Clinical and Subjective Evaluation of Cleft Palate Speech". Preliminary Report J Amer Med Wom Ass 21: 1015-9, Dec. 1966

Recibido el trabajo: agosto 6, 1974