



LEDOSA



Grupo CEOSA

Ejercicios de reeducación funcional

Aplicación clínica y descripción

Dres. A. J. Cervera Durán y A. Cervera Sabater

Los hábitos más perniciosos para la salud de la persona son: los trastornos del sueño y, especialmente, los trastornos respiratorios obstructivos.

Respiración bucal, ronquido, apneas, hipopneas, bruxismo, etc. deben ser identificadas lo más precoz posible para su tratamiento.

El abordaje de la rehabilitación de estos trastornos exige un tratamiento muy interdisciplinario, que se escapa de esta introducción a ejercicios que utilizamos junto con otras terapias. A continuación, se describen ejercicios para la mejora de cierre labial, cierre lingual, oclusal y función lingual.

Los hábitos orales se desarrollan como reflejos sensoriales, desencadenados por causas predisponentes familiares, hereditarias o por causas adquiridas: golpes, traumatismos o infecciones que provocan zonas sensibles donde el niño aprende a interponer la lengua, el labio o el dedo. La reeducación de los hábitos debe hacerse teniendo en cuenta que está alterada toda la cadena muscular oro-facial, tanto de músculos de masticación, de deglución, de respiración, como de expresión facial. El paciente tiene que ser observado muy atentamente en las visitas, para ver cual es el hábito fundamental de interposición.

La técnica de reeducación tiene varias etapas. La primera es el reconocimiento del hábito por el dentista y, después, el reconocimiento del paciente, explicándole con un espejo (que se vea él mismo) cual es el hábito fundamental que tiene. La reeducación muscular oro-facial requiere un grado de madurez de carácter y un autocontrol, por parte del paciente, que hace inútil o contraproducente el intentarla antes de la edad adecuada.

Algunos pacientes son imposibles de reeducar, incluso en edades juveniles o adultas. Los niños con discapacidades motoras tampoco pueden ser reeducados. La edad ideal es de los 7 a los 11 años.

El orden de reeducación es: primero, reeducación labial, luego, reeducación oclusal, y después, reeducación lingual.

La corrección del hábito de chupeteo de dedo corresponde a otro problema que será descrito en otro comunicado de descripción y aplicación clínica.

REEDUCACIÓN LABIAL

La primera etapa es el reconocimiento por el niño de la falta de contacto sensorial en el cierre labial, de forma que sus reflejos sensoriales se basan más en el contacto de los labios con los dientes, o los labios con la lengua, que en el contacto mutuo labial. Esta falta de conciencia de ese contacto entre los labios debe ser explicado al niño, diciéndole que debe sentirse - los labios en contacto - uno con otro, y deben de estar totalmente en reposo, sin forzar el cierre apenas, cuando contraiga por acción muscular los labios fisiológicamente.

Al principio, tiene que forzar el orbicular, conforme vaya reeducando, le será más fácil cerrar los labios sin contraer ese músculo. Al niño se le pide que mantenga los labios cerrados en contacto y en reposo. La primera vez será incapaz de mantener esta posición de control ni siquiera veinte segundos. Con reloj en mano tiene que controlar el niño el tiempo que es capaz de mantener los labios en reposo y unidos, sin hacer el más mínimo movimiento con ellos.

El niño reacciona con risas, con palabras, con gestos para no mantener los labios cerrados y en reposo. Todo esto hay que corregirlo. Para reeducar los labios nos podemos ayudar de una gomita elástica (1/8 de espesor ligero) entre los labios de modo que esté interpuesta sin que se mueva de ahí.

REEDUCACIÓN CIERRE OCLUSAL

La reeducación del cierre oclusal es el segundo paso a continuación de la reeducación del cierre labial. En este punto el niño tiene que ser capaz de mantener el labio en contacto y en reposo durante un minuto.

El cierre oclusal se realiza con contracción maseterino. Y el masetero debe contraerse independientemente del cierre labial. Al niño se le colocan las manos en los maseteros y se le enseña lo que es contraer los maseteros: apretar las muelas y tener los labios en reposo. Tiene que diferenciar entre el cierre oclusal por contracción de los maseteros y el cierre labial.

Después se le explica que manteniendo el cierre labial en reposo debe de contactar la oclusión molar (podemos colocar una gomita elástica entre los molares para reforzar la percepción) y que la misma debe de ser ejercida con una ligera tensión de los maseteros. La posición de control debe mantenerse un mínimo de 2 minutos.

Cuando mantiene el niño la posición de contacto labial en reposo y la posición de oclusión cerrada con ligera presión, la lengua está obligada a permanecer por dentro de los dientes y no puede salir a tomar contacto con los labios, y esto al niño le pone nervioso. Cuando ya sea capaz de mantener el contacto oclusal y el cierre labial, pasamos a reeducar la lengua.

REEDUCACIÓN LINGUAL

El niño está inquieto porque no puede humedecer los labios, no puede moverlos, no puede mover la cara haciendo gestos, ni tampoco puede sacar la lengua. Entonces, es el momento de decirle que, el contacto labial en reposo y la ligera tensión de cierre oclusal conlleva al mismo tiempo que la lengua tiene que estar apoyada en las arrugas del paladar; la lengua no debe tomar nunca contacto con los labios ni con los dientes, en la posición de control.

Por lo tanto, la deglución se hace con movimientos de la lengua desde las arrugas del paladar hacia atrás y sin llevarla hacia adelante. Para mantener la posición de la lengua y control de toda la musculatura, se le da un sobre de elásticos, tamaño 1/8 de espesor ligero, esta elástica debe ponérsela en las arrugas del paladar, sujetándola con la lengua. El paciente tiene que hacer este ejercicio el máximo de tiempo al día durante los dos primeros meses (para que sirva de recordatorio la gomita debe de estar puesta en la boca).

Finalmente, la gomita será llevada con la punta de la lengua hacia las arrugas del paladar, donde debe quedar todo el tiempo que dure el periodo de reeducación activa, 10 minutos, 2 veces diarias. El periodo de reeducación activa tiene que llevarse muy bien durante el primer mes, es muy importante.

Cuando se hace el movimiento de deglución toda la musculatura facial debe estar en reposo, ligeramente contraídos los maseteros y los labios en contacto, pero sin ninguna tensión orbicular ni de los músculos ni del mentón.

APLICACIÓN CLÍNICA

La técnica de reeducación se basa primero en una personalidad adecuada del instructor para conseguir la concienciación del niño/a y con ello obtener su cooperación.

Las sesiones de reeducación como la psicoterapia son un poco pesadas y largas, una sesión mínima de diez minutos es indispensable, porque hay que controlar al paciente cuánto tiempo es capaz de mantener la posición de control. Las sesiones se repiten cada semana en el primer mes, cada dos semanas en el segundo, cada tres semanas en el tercero, y una cada mes en los seis meses siguientes.

El periodo mínimo de reeducación con éxito, comprende ocho meses y una serie de sesiones. Por todo esto, hay que cobrar honorarios o hay que cargarlo a los gastos generales de tratamiento del paciente.

• Incompetencia Labial

Es una respuesta «natural», fisiológica a una desarmonía entre insuficiencia de tamaño labial en relación a la hiperplasia de la estructura oseo-dentaria. Se presenta en los tipos de pacientes y maloclusión, con biprotrusión en Clase I^a y II^a, con aumento del resalte en Clase II^a y con hiperplasia de la altura incisal Spna:Gn en cualquier Clase, I^a, II^a o III^a. En la biprotrusión y en el resalte se puede mejorar la incompetencia labial con la corrección de ortodoncia. Pero cuando la hiperplasia es en la altura ose-odontaria no tiene apenas mejoría con la ortodoncia solo y hay que recurrir a la cirugía ortognática si está indicada.

La reeducación de incompetencia labial sin corregir la desarmonía por exceso óseo-dentaria o la biprotrusión o el resalte no da ningún resultado inmediato. Hay que hacerla al mismo tiempo que la corrección de ortodoncia o después. Toda corrección de biprotrusión o resalte se autocorriga ella sola, la incompetencia labial. Los tratamientos que dan aumento de biprotrusión o resalte provocan incompetencia labial o la acentúan.

• Respiración bucal

Es lo mismo, una respuesta natural fisiológica a las alteraciones de armonía de las áreas óseas, de faringe, de labios y de lengua y en especial a las obstrucciones en la cavidad nasal y nasofaríngea. Su reeducación es importantísima después de las extirpaciones de amígdalas, adenoides o intervención en fosas nasales. Pero prácticamente es irrecuperable para toda la vida.