

Rev Mult Ins Cutánea Aguda
2020; 20: 47-55

Microstomías, rehabilitación multidisciplinar

Silvia Vázquez Vilariño¹, Irma Cabo Varela², Diana Lourido Castiñeiras³
¹Fisioterapeuta, ²Logopeda, ³Terapeuta ocupacional
Xerencia de Xestión Integrada A Coruña. España
E-mail: Diana.Lourido.Castineiras@sergas.es

Resumen

Se define microstomía como la disminución de tamaño de la abertura oral bien sea congénita, síndrome de Freeman-Sheldom o adquirida, como la esclerodermia y la quemadura facial siendo este el caso que vamos a tratar. La microstomía puede provocar un compromiso nutricional, dificultar la higiene oral así como la correcta articulación del habla. Cuando pensamos en la limitación de la apertura bucal debemos tener en cuenta que esta limitación afecta a múltiples funciones y por tanto a la calidad de vida de los pacientes. La mímica facial es fundamental en la comunicación no

verbal lo que hace evidente el perjuicio psicológico y social además del estético. Una vez restaurada la superficie cutánea nuestro objetivo será mantener la función y minimizar las retracciones, siendo el fin último del proceso mejorar la calidad de vida y proporcionar el mayor confort posible al paciente quemado. El abordaje rehabilitador de esta patología es multidisciplinar, implicando a fisioterapeuta, terapeuta ocupacional y logopeda y su implementación debe ser temprana e intensiva para lograr los mejores resultados. Las técnicas de fisioterapia respiratoria, terapia miofuncional, estiramientos, fricción, movilización articular,

Recibido: 20/05/20
Aceptado: 30/05/20

uso de órtesis, y dispositivos orofaciales forman parte del arsenal terapéutico para tratar esta patología.

Palabras clave: microstomía, quemadura facial, rehabilitación.

Abstract

Microstomia is defined as the size reduction of the oral opening, whether it is congenital, Freeman-Sheldom syndrome or acquired via scleroderma or facial burn, this being the case that we are going to treat. This can lead to nutritional impairment, hinder oral hygiene, as well as the correct articulation of language. When thinking about the limitation of the oral opening, we must consider that this limitation affects multiple functions and, therefore, the quality of life of patients. Face expression is essential to non-verbal communication, and this is evidenced in the psychological and social damage, in addition to the aesthetic damage. Once the skin surface is restored, our goal will be to maintain the functions and mitigate the retractions, the ultimate goal of the process is to improve quality of life and provide the greatest possible comfort to the

burned patient. The rehabilitation approach to this pathology must be multidisciplinary, involving the physical therapist, occupational therapist and speech therapist, and its early and intensive implementation achieves the best results. Respiratory physical therapy, myofunctional therapy, stretching, friction, joint mobilisation techniques, use of orthosis, orofacial devices are all part of the therapeutic arsenal in the treatment of this pathology.

Keywords: microstomia, facial burn, rehabilitation.

Introducción

La cicatrización de heridas no resulta ideal cuando existe un proceso inflamatorio aumentado y prolongado. Este es el caso de las quemaduras, en las que la fase de remodelación se ve complicada a causa de la inflamación. Si bien la fibrosis es un proceso natural, para restaurar la función del tejido durante la curación de heridas, puede tornarse patológico; dando lugar a un tejido disfuncional como cicatrices hipertróficas. Todas las lesiones cutáneas de la cara deben estar bajo vigilancia, y en mayor medida si son profundas, a fin de actuar pre-

cozmente y minimizar retracciones. Estas cicatrices suponen una grave complicación para la rehabilitación del paciente quemado, más aún cuando su retracción afecta a los orificios faciales ya que en microstomías severas se puede ver comprometida la alimentación. Se considera una apertura oral funcional cuando el eje horizontal es de 50 mm. y el eje vertical de 40 mm. Debemos tener en cuenta que los músculos faciales poseen una inserción móvil cutánea y se agrupan alrededor de los orificios de la cara para constreñirlos o dilatarlos, por lo que resulta prioritario su estiramiento. La característica circunferencial del músculo orbicular de la boca predispone a la aparición de contracturas cicatriciales y microstomía. Dado que el tejido facial está ricamente vascularizado el tratamiento conservador suele ser la primera opción sin descartar la cirugía. Un aspecto básico de la rehabilitación de la microstomía es la coordinación de los distintos profesionales, ya que es necesario buscar la complementariedad entre las técnicas de manipulación, ejercicios, y el uso de órtesis bucales.

Aunque por motivos didácticos a continuación presentaremos las bases de intervención

de manera independiente, es importante recalcar que la actuación del fisioterapeuta, logopeda y terapeuta ocupacional será siempre precoz, conjunta y coordinada y debe respetar la tolerancia del paciente a fin de lograr una buena adhesión al tratamiento.

Fisioterapia

En la fase inicial de la intervención el objetivo del fisioterapeuta irá dirigido a prevenir las posibles complicaciones respiratorias, que puedan derivarse de la inmovilidad y la ventilación mecánica. Si el paciente se encuentra sedado emplearemos técnicas pasivas como la vibración o el drenaje postural. Cuando el paciente ha superado la situación de sedación y colabora, iniciaremos respiraciones abdomino-diafragmáticas dirigidas a lograr una correcta ventilación de todas las zonas pulmonares, en especial de las bases, que son las más afectadas por una hipoventilación consecuente de la posición mantenida del paciente en decúbito. Podemos ayudarnos de aparatos como el inspirómetro incentivador de volumen y flujo que le ofrece una retroalimentación al paciente para mejorar su capacidad vital. A ello uniremos la enseñanza de

técnicas de higiene bronquial que favorezcan el drenaje de secreciones: aceleraciones del flujo espiratorio a bajo y alto flujo, tos dirigida o espiración lenta total a glotis abierta en la-terocúbito (ELTGOL).

Pasada esta fase los objetivos de fisioterapia serán el mantenimiento de rangos articulares, flexibilización tisular y recuperación funcional. Para ello los ejercicios faciales y orales son una parte esencial del tratamiento y su instauración se hará respetando el período de espera postinjerto, si éste fuese preciso. Emplearemos diversas técnicas de terapia ma-

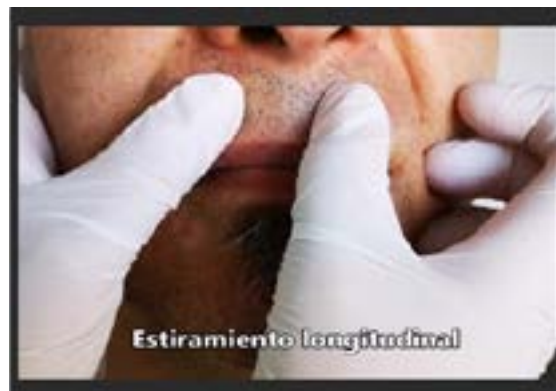
nual: fricción o maniobras de cizalla (video 1) para minimizar la fibrosis, estiramiento longitudinal, transversal (video 2), así como abordaje intrabucal (video 3) todas ellas encaminadas a la flexibilización muscular y cutánea.

La movilidad de la mandíbula también debe ser ejercitada en todos sus movimientos, apertura, cierre, propulsión, retropulsión y diducción para prevenir la aparición de microstomía y la posible atrofia de los músculos masticatorios debida a la alimentación por sonda.

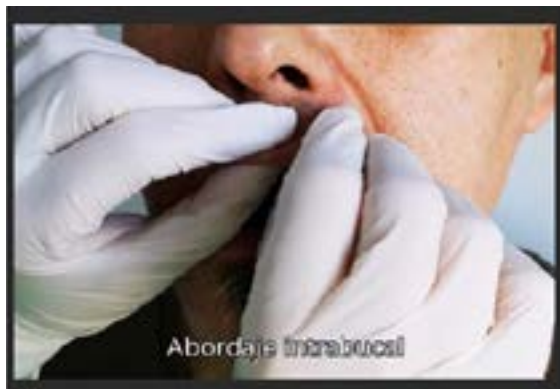
Como mencionamos anteriormente debemos incidir en la rehabilitación de la expresividad



Vídeo 1 - Fricción Cizalla



Vídeo 2 - Estiramiento longitudinal



Vídeo 3 - Abordaje intrabucal

de la cara pues esta ostenta la representación personal y posee una función de interacción social fundamental. Para ello se enseñará al paciente ejercicios de mímica facial asociados al sentimiento que expresan para reforzar la coactivación de varios músculos simultáneamente, lo que mejora la expresión facial y por extensión la comunicación no verbal.

Logopedia

La rehabilitación de la microstomía por parte del logopeda debe ser lo más precoz posible, en cuanto el estado del paciente lo permita. En este sentido debemos valorar, desde el punto de vista logopédico, no sólo su impli-

cación en la deglución y la fonación sino también en aspectos básicos como besar, expresar sentimientos, higiene oral y la implicación social de sentarse alrededor de una mesa. Si bien el objetivo inicial de esta intervención debe ser asegurar la alimentación oral de forma eficiente y fomentar la comunicación oral, no debemos olvidar todos estos aspectos que aunque no son urgentes si son importantes.

La valoración inicial incluirá la exploración extra e intraoral, todas las funciones estomatognáticas (respiración, succión, deglución, masticación, articulación y fonación) y la movilidad laríngea. Una vez la superficie cutánea esté reparada insistiremos en lograr la mayor flexibilidad posible de los tejidos evitando la retracción y los patrones compensatorios negativos. Como paso previo a la intervención directa en la zona oral es recomendable realizar estiramientos de cuello y hombros así como masaje facial para favorecer la correcta disposición de la zona. Todos los ejercicios a realizar serán siempre pensando el restaurar la funcionalidad. Para ello disponemos de un arsenal de técnicas manipulativas, combinando ejercicios isométricos, isocinéticos y funcionales con el entrenamiento en maniobras

compensatorias. En la zona orofacial realizaremos movilizaciones, elongaciones (video 2), vibración digital y con vibradores faciales, terapia miofuncional y estimulación de puntos motores para activar los distintos grupos musculares. A nivel intraoral es importante valorar la capacidad funcional de la lengua (tanto de cara a propulsión del bolo como para la articulación de los fonemas del habla) así como la integridad y función de pterigoideos ya que pueden verse comprometidos debido a la microstomía y patrones compensatorios.

Realizaremos principalmente ejercicios de movilidad, fuerza y control lingual, soplo así como manipulación manual y masaje intraoral. En caso de que el movimiento laríngeo esté comprometido realizaremos masaje laríngeo y ejercicios para favorecer los movimientos de ascenso y adelantamiento.

Actualmente hay distintos dispositivos comercializados para ejercitar la apertura bucal y lingual como pueden ser el Therabite o rehabilitador mandibular y los ejercitadores orales y labiales. Si bien estos instrumentos

bajo autónomo y repetitivo del paciente en el domicilio, no siempre se adecuan a todos los usuarios. Nuestra experiencia en colaboración con terapia ocupacional, nos ha llevado a la adaptación de diferentes dispositivos médicos como pueden ser los retractores de mejillas y labios, cánulas de balón, espéculos, abre bocas (biteblock) y botones laríngeos de diferentes calibres entre otros (figura 1).

Es importante instruir al paciente y/o acompañante en la realización de ejercicios que puedan ser reproducidos a lo largo del día ya



Figura 1

que como hemos dicho; un aspecto relevante de la rehabilitación es que sea intensiva, combinando sesiones con los distintos terapeutas y entrenamiento del paciente de manera autónoma.

Una vez asegurada la alimentación oral eficaz tendremos que afinar los objetivos de logopedia y nuestra intervención para adaptarnos a la particularidad de cada paciente. En ocasiones nuestro objetivo será perfeccionar ciertos fonemas del habla, lograr una mayor intensidad de voz, trabajar el timbre, valorar el tipo de alimento (en cuanto a consistencia y textura) que requiere menor número de estrategias compensatorias.

Terapia ocupacional

Otro de los profesionales que interviene en el tratamiento no quirúrgico de las microstomías es el terapeuta ocupacional, las técnicas que utiliza incluyen el posicionamiento, la presoterapia y los dispositivos ortésicos. Desde la órtesis creada por Hartford en 1975, la literatura describe una variedad de productos elaborados por diferentes profesionales (odontólogos, ortodoncistas, terapeutas ocupacionales) cuyo mecanismo de acción se

centra en provocar resistencia a la contractura y ampliar la abertura oral horizontal y verticalmente. De esta forma se puede hablar de órtesis extraorales e intraorales dependiendo de su ubicación, verticales horizontales o circumorales según la dirección de la tensión, estáticas o dinámicas si utilizan o no elementos que permitan graduar progresivamente la expansión de sus componentes y también se pueden diferenciar aquellas que están fijadas en la dentadura o en los tejidos. El uso de un dispositivo u otro va a estar condicionado por el profesional que lo diseñe y por las características del paciente, pues aquellos que sean edéntulos quedarían limitados a dispositivos con fijación tisular. Según la bibliografía consultada las órtesis más utilizadas son las sustentadas en los tejidos que aplican tensión horizontal en las comisuras.

Los materiales más frecuentes para dar soporte al tejido son termoplásticos de baja temperatura y resinas acrílicas; cinchas y velcros para sujeciones y regular la tensión; con el fin de graduar la amplitud y servir de anclaje se emplean elementos metálicos como tornillos, placas expansoras, muelles y ganchos.

Los objetivos a conseguir asociados al uso de

órtesis son el mantenimiento y progresión del diámetro oral además de evitar la retracciones del tejido perioral. Se podrán utilizar desde el tercer al sexto día de la quemadura siempre que la piel pueda soportar la tensión y durante un mínimo de cuatro a seis meses. Algunos autores recomiendan el uso continuado durante 24 horas dependiendo de la tolerancia, otros aconsejan alternar el uso de la órtesis con técnicas de masaje y ejercicios e incluso alternar diferentes dispositivos en función del progreso logrado.

Aunque las órtesis bucales han demostrado su eficacia en relación al incremento de la

apertura oral su uso está asociado a algunos aspectos negativos como el impacto estético en la imagen personal, la interferencia en el habla, el babeo, el discomfort, o la dificultad en su colocación. Estos y otros factores pueden limitar la adhesión terapéutica.

La información acerca del tratamiento de la retracción orofacial es escasa en la literatura actual por lo que la actuación se guía en parte por la experiencia clínica. Todo esto hace patente la necesidad de seguir investigando sobre el abordaje de la microstomía por quemadura dada la merma que implica en la calidad de vida del paciente.

Más información en:

Salmerón-González E, García-Vilariño E, et al. Recomendaciones de rehabilitación en el paciente quemado: revisión de literatura. Rev Bras Queim [Internet]. 2017 [citado 20 mayo 2020]; 16(2):117-129. Disponible en: <http://www.rbqueimaduras.org.br/details/373/pt-BR/recomendaciones-de-rehabilitacion-en-el-paciente-quemado--revisión-de-literatura>

Pavez, A. Terapia miofuncional en quemaduras orofaciales de segundo y tercer grado. Rev

Chilena de Fonoaudiología [Internet]. 2018 [citado 20 May 2020]; 17:1-16. Disponible en: <https://revistahistoriaindigena.uchile.cl/index.php/RCDF/article/view/51613>

El Ayadi A, Jay JW, Prasai A. Current Approaches Targeting the Wound Healing Phases to Attenuate Fibrosis and Scarring. Int J Mol Sci [Internet]. 2020 [citado 20 May 2020]; 21(3):1105. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1422-0067/21/3/1105>