



LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA NO SE DETIENE

Editorial

**El compromiso de
nuestra comunidad con la
producción científica está
creciendo.**

Pág. 1.

Trabajos Científicos

Publican en esta edición:

Lic. Gabriela S. Di Pilla
Lic. Lucía Infante
Lic. Claudia T. Altamirano
Lic. Nancy Molina

Pág. 4.

Caso Clínico

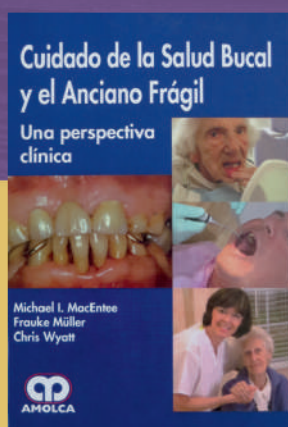
**Síndrome de di George
Síndrome velocardiofacial/
microdelección 22q11
(Vcfs/del 22q11)**

Lic. Silvia N. Censi

Pág. 31.

Nuestras novedades bibliográficas

Les presentamos un resumen de los últimos libros que incorporamos a nuestra biblioteca.

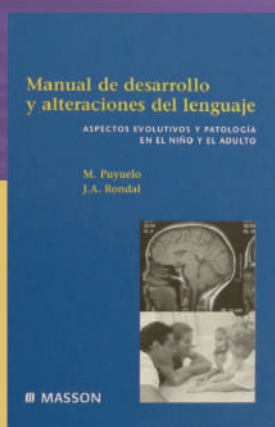


Cuidado de la salud bucal y el anciano Frágil Una perspectiva Clínica

MasEntee Michael I.
Müller Fraude
WyattChris

Este libro está dirigido en especial a odontólogos, higienistas dentales y otros profesionales que atienden a los ancianos frágiles, pero particularmente para aquellos que llevan sus servicios profesionales a los centros de cuidado de largo plazo y a los ancianos confinados en sus casas.

También proporciona información práctica para que enfermeras, cuidadores-asistentes y médicos cirujanos mejoren sus conocimientos sobre el cuidado de la salud bucal como parte rutinaria del cuidado médico diario con el fin de ayudar a hacer que el envejecimiento sea una parte de la vida dignificada y cómoda desde la primera punzada de artritis hasta el ambiente reconfortante del cuidado paliativo.

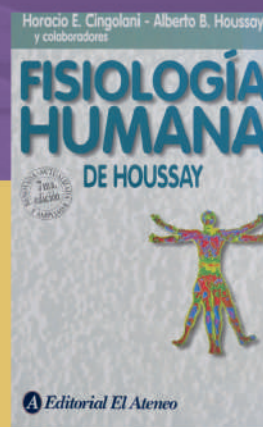


Manual de desarrollo y alteraciones del lenguaje ASPECTOS EVOLUTIVOS Y PATOLOGÍA EN EL NIÑO Y EN EL ADULTO

Puyuelo M. Rondal J.A.

Esta obra asocia renovación y actualización, a la vez que abre nuevas perspectivas dentro de la patología del lenguaje. Los autores poseen muchos años de dedicación a estos temas y una gran experiencia dentro de cada área. Esta obra aporta innovación, calidad y perspectivas de futuro.

Edición actualizada)



FISIOLOGÍA HUMANA DE HOUSSAY

Congolani Horacio E.
Houssay y colaboradores

Destinado a estudiantes y profesionales de los principios fundamentales de la fisiología moderna.

La fisiología, pedestal de la medicina es la más interdisciplinaria de las ciencias. Está en evolución constante, por lo que esta obra refleja esta situación dinámica. La fisiología es la ciencia que estudia los fenómenos propios de los seres vivos y las leyes que los rigen. Es la parte de las Ciencias Biológicas que estudia las funciones de los organismos vivos, tanto en estado de salud como de enfermedad.

Préstanos por 10 días con sólo proporcionar algunos mínimos datos.

No olviden que se encuentra disponible nuestra sala de lectura.

EDITORIAL



El compromiso de nuestra comunidad con la producción científica está creciendo.

Cada número de nuestra revista constituye, de por sí, un nuevo desafío. El cierre de esta última edición se produce finalizando el año en que nuestra Institución de Ley cumplió veinte años de trabajo continuo y de esfuerzos permanentes; veinte años de los que nos enorgullecemos por sus logros, que siempre tuvieron como objetivo el crecimiento de la Institución y de la profesión.

No pretendo, desde este espacio, hacer un racconto histórico sino destacar el lugar que hoy ocupamos en nuestra comunidad, la que nos reconoce y nos impulsa a afrontar nuevos y mayores desafíos, y a cuyas demandas debemos responder con criterio, con certezas, con saberes validados, con extrema responsabilidad.

Los que ejercemos la dirigencia no podemos perder de vista, aun en tiempos difíciles, la oportunidad de trabajar duramente para sostener esta identidad y para que nuestra querida Fonoaudiología crezca en el concierto de las profesiones.

Recae, así, en nosotros, un compromiso especial.

Hoy finaliza, para este equipo editorial, otro período de trabajo y uno nuevo se abre, con la intención de situarnos a la altura de sus expectativas, dado que realizamos la labor con el inestimable aporte de cada miembro de un equipo que trabaja para lograr la excelencia en la producción.

Sorprendidos y gratificados, deseamos compartir la profunda satisfacción que hemos experimentado al trabajar en esta, nuestra séptima edición, ya que hemos recibido trabajos presentados espontánea-

mente por nuevos autores y reconocidos colegas, los artífices de nuestra preciada publicación.

Recibir un trabajo nos reconforta en la tarea. No estamos equivocados cuando sostenemos que la validación de los saberes mediante la divulgación científica es la única manera de enriquecernos. Es por esto que no nos detenemos en estimular que se presenten más trabajos para que esta Revista, posicionada ya ante la comunidad, crezca a la par de otros objetivos que perseguimos y que, con constancia inhabitual, esperamos concretar.

Esperamos, pues, que compartan con su lectura el entusiasmo y la emoción que sentimos cada vez que cerramos una nueva edición.

Lic. Irene Fernández
Directora General de la Revista

Staff

Edición N° 7

Revista Científica de la Regional La Plata del Colegio de Fonoaudiólogos de la Provincia de Buenos Aires

ISSN 2346-8653

Propietario

Regional La Plata del Colegio de Fonoaudiólogos de la Provincia de Buenos Aires.

Directora General

Lic. Irene Beatriz Fernández

Secretario de Redacción

Trad. Publ. Raúl Carranza

Editor responsable

Consejo Directivo

Presidente

Lic. Morchón María Alejandra

Vicepresidente

Lic. Flores Laura Elisabet

Secretario General

Lic. Fernández Irene Beatriz

Tesorero

Lic. Moszenberg Silvia Edith

1° vocal titular

Lic. Uriarte Ana María

2° vocal titular

Lic. Díaz Claudia Edith

3° vocal titular

Lic. Medina Gabriela Cecilia

1° vocal suplente

Lic. Cesanelli María Silvia

2° vocal suplente

Lic. Castillo Malvina Rocío

3° vocal suplente

Lic. Cassous María Vanesa

Tribunal de ética

Titular: Lic. Nora Beatriz Dumm

Suplente: Fga. Marta Alicia Hongay

Redacción

Calle 38 N° 1005 entre 15 y 16.

(0221) 427-2234

La Plata, Argentina.

info@cflp.org.ar

www.cflp.org.ar

Comité Científico

Dra. María del Carmen Campos.

Lic. Claudia Díaz.

Lic. María Elsa Echave.

Lic. Lucía Infante.

Producción General

AVAL Comunicaciones.

Diseño y Diagramación

Blur diseño - grafica - comunicaciòn

"Registro DNDA en trámite".

La revista no se responsabiliza por los contenidos vertidos por los autores.

Sumario



Detección de hipoacusias al ingreso escolar

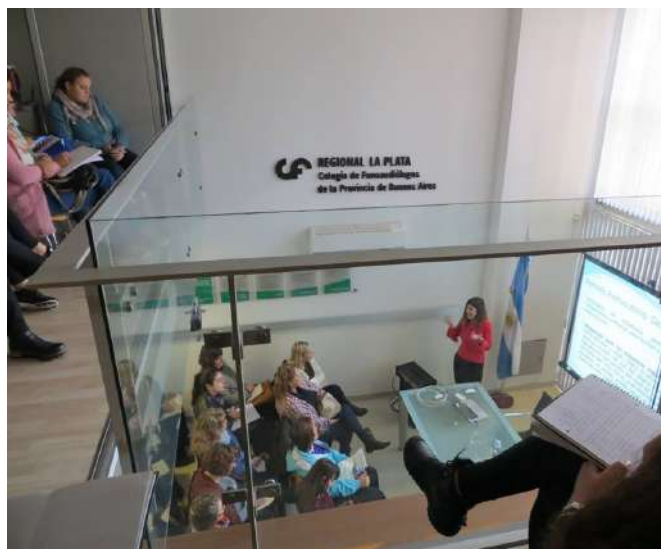
de las Lics. Gabriela S. Di Pilla y
María J. Cárdenas

4

Ovejet y Ovebite, un desafío terapéutico

De la Dra. María del
Carmen Attene y
de la Lic. Lucía Infante

8



Desórdenes del procesamiento sensorial y uso social del lenguaje. Resultados preliminares.

de las Lics. Claudia T. Altamirano y María I. Sánchez

20

Importancia de la intervención fonoaudiológica en la precisión diagnóstica: nódulos vs pseudo-quistes cordales

de las Lics. Nancy Molina, Marcela Gafare y Gilda Valdez

24

**Síndrome de di george
Síndrome velocardiofacial/
microdelección22q11
(Vcfs/del 22q11)**

de la Lic. Silvia N. Censi

31

Trabajo Científico N° 1

DETECCIÓN DE HIPOACUSIAS AL INGRESO ESCOLAR

Gabriela S. Di Pilla

*Licenciada en Fonoaudiología
Docente de la carrera de Fonoaudiología UCALP
Jefa de la Unidad de Diagnóstico y Tratamiento
Fonoaudiología en el Hospital Zonal Especializa-
do "Dr. Noel H. sbarra"*

María J. Cárdenas

*Licenciada en Fonoaudiología
Fonoaudióloga de la Unidad de Diagnóstico y
Tratamiento Fonoaudiología en el Hospital Zonal
Especializado "Dr. Noel H. sbarra"*

Resumen:

Una adecuada audición permite el desarrollo de los aspectos del lenguaje, cognitivo, del intercambio social y de los aprendizajes. La hipoacusia es una disminución en la audición que puede afectar a estos aspectos del desarrollo en el niño.

En los últimos años, muchas de las instituciones educativas han comenzado a solicitar, como requisito para el ingreso escolar, una evaluación auditiva. Con el objetivo de analizar los resultados de los estudios auditivos realizados a niños de entre 5 y 6 años que ingresan a la escuela primaria, se tomaron 1015 casos, derivados en su mayoría por pediatras y docentes, en los cuales se detectaron 380 niños con hipoacusia, siendo 369 Hipoacusias Conductivas de diferentes grados. Se realiza derivación correspondiente para intervención y tratamiento oportunos.

Palabras claves: aprendizaje, audición, hipoacusia, rendimiento escolar.

Abstract:

Correct hearing allows the development of the language, cognitive, social exchange and learning aspects. Hearing loss is a hearing reduction that can affect these aspects of the child development.

In recent years many schools have started to ask for audiometric studies to pupils as a requirement to enter the primary school.

In order to analyse the results of the audiometric studies that children between 5 and 6 years old who enter primary school have undergone, 1015 cases, which were referred by paediatricians and teachers, were considered. 380 children had hearing loss. 369 out of 380 had conductive hearing loss of different degrees.

They were duly referred for proper treatment.

Keywords: hearing, hearing loss, learning, school performance.

Introducción:

La hipoacusia es una disminución en la capacidad auditiva.

La adquisición, el desarrollo y la conservación del habla y el lenguaje se relacionan con la capacidad auditiva ya que permite el armado de engramas fonológicos y la consolidación y el mantenimiento de patrones fonoarticulatorios.

En los primeros años de vida, es de gran importancia descartar cualquier patología de oído y/o audición, ya que el sentido de la audición es esencial para el desarrollo de las habilidades comunicativas.

El lenguaje va de la mano del desarrollo del pensamiento, lo que posibilita constantes y nuevos aprendizajes.

La audición está vinculada con procesos cognitivos complejos y con funciones de activación vitales (como atención, concentración, reversibilidad de la atención, dispersión, habituación a una señal sonora)¹, indispensables para la adquisición del aprendizaje formal.

Es importante que los niños que se encuentran en la edad preescolar y escolar conserven una buena audición. Esto permite ampliar el campo de conocimiento que el niño viene desarrollando.

A estas edades, suelen presentarse afecciones permanentes o transitorias o manifestarse hipoacusias de aparición tardía, que alteran el desarrollo de las habilidades auditivas adquiridas o las desarrollan deficientemente.

En esta etapa, son frecuentes las enfermedades del oído como la otitis y las enfermedades respiratorias que pueden llevar a una disminución en la audición, lo que trae, como consecuencia, dificultades en la localización de los sonidos, alteración en la discriminación de los fonemas (sonidos de las letras), retraso en el desarrollo del habla, limitación de la capacidad para comunicarse con los demás, alteración en el rendimiento escolar de los niños, desatención, problemas de conducta, de relación social.

La SAP recomienda, en la Guía para el Seguimiento del Desarrollo Infantil en la práctica pediátrica, incluir el examen auditivo en el control los niños². La escuela es otro ámbito de detección así como la preocupación de los padres ante ciertos signos de alarma.

En la Unidad de Diagnóstico y Tratamiento Fonoaudiología de un hospital público pediátrico de la ciudad de La Plata, se llevó a cabo la recolección de datos con el fin de analizar la casuística que se presenta en los estudios realizados a los niños que requieren audiometría tonal al ingreso escolar.

Material y Método

Se llevó a cabo un estudio transversal descriptivo donde se tomaron los estudios audiométricos realizados en una población de niños de 5 y 6 años (edad de ingreso escolar primario al sistema educativo argentino) y se analizaron los diferentes tipos de curvas obtenidas.

Como metodología se realizó una anamnesis, audiometría tonal, entregando el estudio e informe con orientación y derivación al profesional correspondiente en los casos que lo requerían. Como actividad concomitante, se ejecutaron prácticas de promoción y protección de la salud sensibilizando al adulto y al niño sobre la importancia de la salud auditiva.

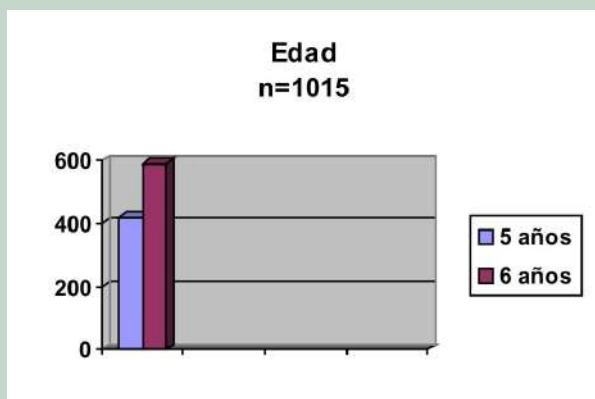
En la recolección de datos, se tuvieron en cuenta las siguientes variables para el análisis: edad, sexo, derivación, tipo y grado de hipoacusia.

Resultados

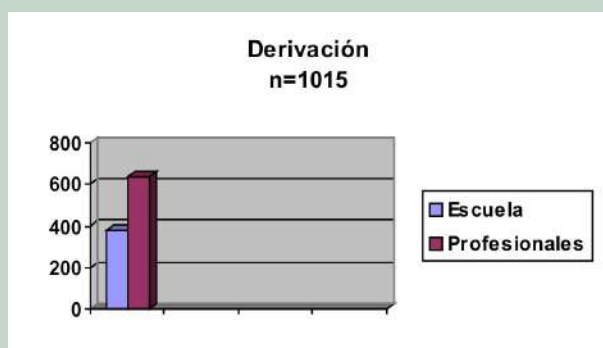
Durante el período 2010-2017, se evaluaron 1015 niños entre 5 y 6 años, derivados por pediatras y docentes, que requerían una audiometría tonal para ingreso escolar. Se detectaron 380 (37,43%) casos con hipoacusia, de los cuales 369 fueron hipoacusias conductivas de diferentes grados, coincidiendo con la bibliografía consultada.



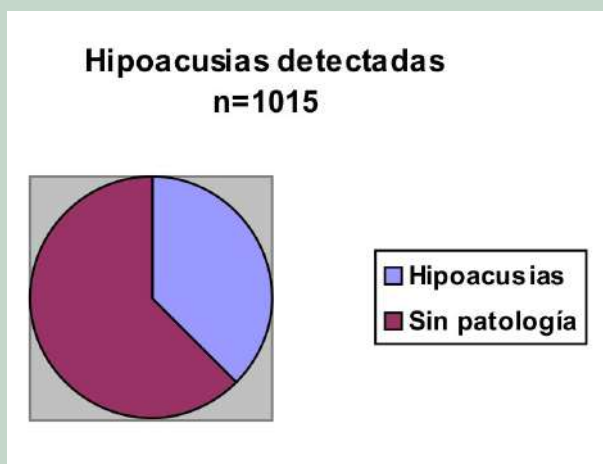
De 1015 niños evaluados, 558 corresponden al sexo masculino y 457 al sexo femenino.



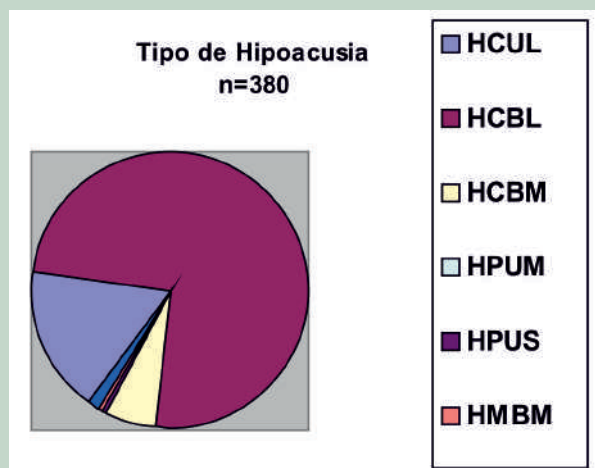
La edad de niños y niñas evaluados corresponde a 592 de 6 años y 423 de 5 años



Los pacientes, en su mayoría, son derivados por el pediatra y otros profesionales, en 634 casos, y el resto derivados de la escuela, 381.



De los estudios realizados, 635 no presentan alteración auditiva y 380 sí tienen algún tipo de alteración auditiva.



De los 380 casos de alteraciones auditivas detectadas, 282 se manifiestan como hipoacusia conductiva bilateral leve, 23 hipoacusia conductiva bilateral moderada, 64 hipoacusia conductiva unilateral leve, 2 hipoacusias mixta bilateral moderada, 1 hipoacusia perceptiva bilateral leve, 1 hipoacusia perceptiva bilateral moderada, 1 hipoacusia perceptiva unilateral moderada, 1 hipoacusia unilateral severa, 5 casos de trauma acústico.

Conclusión-Discusión

Los resultados obtenidos se correlacionan con la bibliografía consultada, siendo la hipoacusia conductiva la de mayor frecuencia dentro de la franja etaria analizada.

Teniendo en cuenta que los niños ingresan al ciclo educativo primario y que una alteración auditiva podría acarrear dificultades en el rendimiento escolar, se considera de gran relevancia realizar una evaluación auditiva al ingreso del mismo.

Se propone implementar programas de atención a la salud auditiva en niños no sólo al ingreso escolar primario sino también al inicio del preescolar, a través de un rastreo auditivo para la detección y diagnóstico de las hipoacusias y así realizar las intervenciones y derivaciones oportunas.

Se considera que sería óptimo realizar pesquisa auditiva desde el preescolar, pues es a esta edad donde el lenguaje se afianza en sus producciones, estructura y sentido de comunicación y podría verse interferido con algún tipo de trastorno auditivo.

Bibliografía:

- 1.**Angulo Jerez, A; Blanco López de Lerma, J. L; Mateos Álvarez, F. Audioprótesis: Teoría y práctica. Barcelona. Edit. Masson.1997.
- 2.**Asociación Española de Audiología. (Internet). Guía de Práctica Clínica de Audiometría Tonal por Vía Aérea y Ósea con y sin Enmascaramiento en Guías de Práctica Clínica en Audiología. Consulta 5/1/18. Disponible <https://www.aedaweb.com/>
- 3.**Blanck de Pascarella, S. Propuesta para un plan nacional de pesquisa de deterioros auditivos en niños en edad escolar. Rev. Fonoaudiológica. 1997, 43 (2): 35-42
- 4.**Brik,G.; Lejarraga, H. Las hipoacusias y su detección temprana. pp. 301-339. En: Lejarraga, H. Editor. Desarrollo del niño en contexto: Buenos Aires, Argentina. Edit. Paidós. 2004.
- 5.**Bustos Sánchez, I. Percepción Auditiva: un enfoque transversal. Vol I. Edit. ECCE. CEPE
- 6.**Galli de Pampliega, I.; Iráiroz de Múscari, I.; Bursstein de Nesis, V. Discriminación auditiva "Enseñar a escuchar". Rev. Fonoaudiológica, 1991, 37 (3): 20-27
- 7.**Gregg, R.; Wiorek, L.; Arvedson, J. Audiología pediátrica. Pediatrics in Review.2005, 26 (1)
- 8.**Lobo, M; Martínez, E. Pérdida Auditivas Mínimas y Leves y sus posibles consecuencias en el Procesamiento Auditivo. Editor Dr. Hugo Rodríguez. Vº Manual de la AAOFP. Audiología y Lenguaje. 2012.
- 9.**Lieu,J.E. Unilateral hearing loss in children: speech language and school performance. Consulta 5/2/2018. [PMC free article] [PubMed]
- 10.**Marshall Stroeme, M.D. Diagnóstico diferencial en pediatría otorrinolaringológica. Salvat Editores. 1979.
- 11.**Massara, N.; Gonzalez, N. Clínica e Investigación de las Hipoacusias en el Lactante y la Primera Infancia. 2da. Ed. La Plata. Edit. Vuelta a Casa. 2017.
- 12.**Navarro, Ma. Del P., Pérez Aguilera, R.; Sprekelsen Gassó, C. Manual de otorrinolaringología infantil. España. Edit. Elsevier. 2012.
- 13.**Pereyra, I. El ruido en la escuela. Rev. Fonoaudiológica, 1992, 38 (3): 46-48
- 14.**Ribeiro de Almeida, C. I.; Ribeiro de Almeida,R. Audición y retraso escolar. En: Sih, T. Otorrinolaringología pediátrica. Barcelona. Edit. Springer.1999, pp. 33
- 15.**Serra, S.; Baydas, L; Brizuela, M; y otros. Manual de Audiología en Fonoaudiología. Consulta: 3/2/18. Disponible en: [www. ocw.unc.edu.ar/facultad-de-ciencias-y-materiales](http://www.ocw.unc.edu.ar/facultad-de-ciencias-y-materiales).
- 16.**Sociedad Argentina de Pediatría. Comité de Crecimiento y desarrollo. Guía para el seguimiento del desarrollo infantil en la práctica pediátrica. Arch. Argent Pediatr 2017, 115 Supl 3:s53-s62

Trabajo Científico N° 2

OVEJET y OVEBITE, UN DESAFÍO TERAPÉUTICO

Dra. María del Carmen Attene.

Lic. Lucía Infante

Resumen:

El estudio de diversas situaciones clínicas, revela síntomas y signos que deben ser estudiados desde el punto de vista diagnóstico, el análisis dentario debe considerarse solamente como un aspecto morfológico.

Lo importante es que la forma pone de manifiesto la acción de grupos musculares que determinan dicha posición y deben ser reeducados para lograr el equilibrio morfofuncional.

Palabras claves: Ovejet, Overbite.

Abstract:

The study of different clinical situations reveals symptoms and signs that must be studied from a diagnostic point of view.

The dental analysis must only be considered as a morphological aspect. The important fact is that the form shows the action of muscular groups that determine such position, and must be reeducated to achieve the morphofunctional balance.

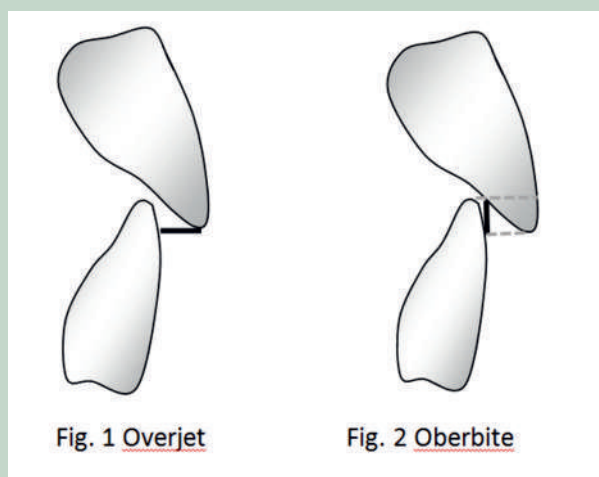
Keywords: Ovejet, Overbite.

Introducción

La situación de los incisivos en los arcos dentarios despierta un interés particular en el estudio de un caso clínico.

Se denomina overjet o resalte, a la distancia horizontal, entre el borde incisal del incisivo superior y la cara vestibular del incisivo inferior, en relación céntrica. (Fig. 1).

Overbite o entrecruzamiento, es la distancia vertical, entre el borde del incisivo superior y del inferior, en relación céntrica. (Fig. 2).



Se considera relación céntrica a la posición relativa entre la mandíbula y el maxilar. Cuando la boca se encuentra en estado de reposo, cada cóndilo mandibular está en el fondo de la cavidad glenoidea, las piezas dentarias de ambas arcadas no contactan entre sí y el espacio que queda entre ellas se llama espacio libre. En una boca eugnáica se acepta que tanto el overjet como el overbite, deben medir 2 – 3 mm. (Fig. 3). Esta dimensión debe estar en armonía con otros parámetros que permiten mantener una oclusión dinámicamente adecuada, como la trayectoria condílea, entrecruzamiento en molares, curva de Spee, etc.



Fig. 3: Ovejet y overbite normal

Desde el punto de vista diagnóstico, el análisis dentario debe considerarse como un aspecto morfológico, que pone de manifiesto la acción de grupos musculares que determinan dicha posición.

La cincha labio-yugal y la lengua cuando trabajan sinérgicamente mantienen el equilibrio de estas piezas dentarias.

Al elaborar un plan de tratamiento, se tomará en cuenta los medios terapéuticos y la ejercitación necesaria, cuando las funciones se encuentren alteradas.

Desarrollo

Se pueden presentar distintas situaciones clínicas.

1-Normoposición mandibular con aumento de overjet: (Fig. 4)

Debe observarse la acción de los músculos comprometidos en el cierre labial. La falta de equilibrio durante un cierre forzado de labios, sumado al empuje lingual, modifica la posición de los incisivos, provocando protrusión de las piezas superiores y muchas veces verticalización de los inferiores. (Fig. 5)

La etiología de esta situación más frecuentemente observada es una deficiencia respiratoria.

El plan de tratamiento consistirá en un medio terapéutico funcional, por ejemplo el Activador elástico abierto de Klammt, con escudillos retrolabiales inferiores, con su arco vestibular superior adaptado a la superficie dentaria, y los resortes palatinos separados.

Podría agregarse escudillos superiores si fuera necesario aumentar el overbite también.

Esta disposición sumada a la mordida constructiva, produce estímulos eumórficos y un cambio en la información transmitida al sistema nervioso central, lo cual genera la respuesta motora necesaria para producir las transformaciones que llevan a la corrección de la disgnacia. (Fig. 7 y 8)

Es necesario que se realice la ejercitación correspondiente para solucionar el problema respiratorio y la reeducación del cierre labial, a fin de lograr el equilibrio funcional.



Fig. 4: Normorrelación mandibular con aumento de overjet y disminución del overbite.



Fig. 5: Alteración del cierre labial



Fig. 6: Activadorabierto elástico de Klammt con escudillos retrolabiales superiores e inferiores.





Fig. 7: Overjet y overbite aceptables al finalizar el tratamiento, producto del equilibrio funcional



Fig. 8: Equilibrio lingualabial

2-Distoposición mandibular con aumento del overjet. (Fig. 9)

Es muy frecuente observar falta de desarrollo transversal de los maxilares con la mandíbula en una posición distal, asociado a una inclinación en el eje de los incisivos superiores (protrusión), y aumento del overbite (sobremordida).

En la génesis de esta disgnacia encontramos también problemas respiratorios y deglución disfuncional. Puede detectarse algún hábito pernicioso como la succión del labio inferior, y presión de los buccinadores más una alteración de la posición lingual. (Fig. 10).

El plan de tratamiento estará dirigido a promover una buena función lingual que asegure la estimulación palatina necesaria, actuar sobre el sinergismo labio yugal buscando el equilibrio de estos grupos musculares, a través de un medio terapéutico funcional que ordene los procesos de cambio de la morfología y la reeducación de las funciones alteradas con la ejercitación correspondiente. (Fig. 11, 12 y 13).



Fig. 9: Overjet aumentado con distorrelación mandibular. Overbite aumentado





Fig. 10. Disfunción en el cierre labial



Fig. 11. Activador abierto elástico de Klammt con escudillos retrolabiales inferiores.



Fig. 12. Ovejet normal, overbite ligeramente aumentado después del tratamiento.



Fig. 13. Suave cierre bilabial

3-Aumento del overbite. (Fig. 14)

Otro de los problemas frecuentes es el aumento del entrecruzamiento incisivo, caracterizado por la verticalización de los ejes de estas piezas dentarias. Puede presentarse con una posición normal o distal de la parte alveolar de la mandíbula, constituyendo una disgnacia vertical denominada mordida profunda que tiene en su etiología un patrón de características biotipológicas específicas donde la masticación se encuentra alterada con predominio de movimientos de apertura y cierre.

En cuanto al comportamiento de la musculatura perilabial, se observa un aumento de la tonicidad labial y

de los músculos del mentón.

La falta de desarrollo vertical del tercio inferior de la cara obedece a un crecimiento de la mandíbula en anterrotación. (Fig. 15)

El plan de tratamiento debe ser encarado a restituir el sinergismo de la musculatura, influir en el patrón de crecimiento a través de un medio terapéutico que ofrezca un apoyo a nivel del correcto contacto incisal y libere los sectores laterales, aumentando la altura del tercio inferior. (Fig. 16)

A través de la revisión de la bibliografía, la mayoría de los autores concuerdan en que la edad adecuada para su tratamiento es antes de los 8 años.

Insistir en la masticación bilateral debe ser considerada como una prioridad para evitar posibles recidivas. (Fig. 17 y 18)



Fig. 14: Aumento del entrecruzamiento incisivo



Fig. 15: Musculatura labial y goníaca hipertónica.



Fig. 16: Modelador elástico de Bimler modificado según Frutos Torres sin escudo a nivel vestibular de incisivos inferiores, para no influir negativamente en el cierre labial.



Fig. 17: Tratamiento finalizado con ligera desviación de línea media.



Fig. 18: Armonía en la musculatura, tercios faciales armónicos al finalizar el tratamiento.

4-Disminución del overbite. (Fig. 19).

La inoclusión anterior cuyo síntoma visible es la falta de contacto de los incisivos es una dignacia vertical que obedece a múltiples factores causales. Es importante determinar si en su génesis se encuentra un patrón de crecimiento altamente desfavorable como la postrotación mandibular o se trata de hábitos perniciosos como succión digital, interposición lingual, etc. Podrían coexistir ambos factores etiológicos.

Los graves desequilibrios funcionales (Fig. 20 y 21), exigen un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno. En caso de observarse un incremento del tercio inferior, los medios terapéuticos requieren un estricto control de los sectores laterales, interponiendo acrílico entre los arcos dentarios.

En el sector anterior deben favorecer el restablecimiento del correcto cierre labial y de la posición lingual. (Fig. 22).

La reeducación funcional es fundamental y debe ser considerado como un objetivo terapéutico. (Fig. 23).



Fig. 19: Mordida abierta anterior.



Fig. 20: Presencia de hábitos perniciosos.



Fig. 21: Graves desequilibrios funcionales.



Fig. 22: Bionator de Balters para mordida abierta con su arco funcional a nivel del punto estomio y acrílico interoclusal, que debe ser tallado por el especialista en ortopedia funcional.



Fig. 24: Fase intermedia de tratamiento con el cierre de la mordida.

5-Mesioposición mandibular con overjet invertido. (Fig. 25)

Puede tratarse de una auténtica mesiorrelación con la posición adelantada de la mandíbula con respecto al macizo craneofacial o a un hipodesarrollo del maxilar superior.

Ambas situaciones clínicas se manifiestan con una inversión del overjet incisivo. (Fig. 25). Un meticuloso diagnóstico arrojará conocimiento sobre la etiopatogenia de esta disgnacia con gran componente genético, que tratada precozmente tiene alta probabilidad de resolución.

Frecuentemente se asocian problemas respiratorios, con tejido linfático amigdalino hipertrófico, factores epigenéticos desfavorables como una cincha labio yugal hipertónica que frena el desarrollo del maxilar superior o una lengua baja, actuando en el maxilar inferior.

La inversión dentaria agrega estímulos de crecimiento inadecuados a nivel del cóndilo mandibular. (Fig. 26).

En edades tempranas, con dentición temporaria, es altamente eficaz el Regulador de Funciones de Fränkel III, para mesiorrelación, (Fig. 27).

Con sus escudos laterales, sus escudillos retrolabiales superiores, y la mordida constructiva adecuada, tiene un efecto beneficioso proponiendo cambios a nivel de los receptores presentes en la cavidad bucal que son recibidos por el sistema nervioso central, y la respuesta es la generación de estímulos eugnásicos en el sentido de la corrección de la disgnacia, y la rehabilitación de las funciones alteradas. (Fig. 28 y 29).



Fig. 25: mesiorrelación mandibular con overjet negativo, y laterodesviación mandibular.



Fig. 26: Paciente con respiración mixta, alteración en la posición habitual de la cabeza y actitud postural cifolordótica.



Fig. 27. Regulador de Funciones de Fränkel III, con una mordida de trabajo lo más retrusiva posible. Los escudos perfectamente ubicados en el fondo de surco y separados proponen una estimulación eugénica.





Fig. 28: En pocos meses se observa una situación funcional adecuada para esperar el cambio dentario.



Fig. 29: La cincha labio yugal normotónica mejora la condición del cierre labial.

Ejercitación con Pantalla Vestibular. (Fig. 30)



Fig. 30: Pantalla extendida hasta el último molar, bien profunda en el fondo de surco, con recorte para los

frenillos. El aro a nivel del punto estomio permite la realización de ejercicios con el agregado de gomas. Aplicación en distintas situaciones clínicas:

1.- Estrechez: En estos casos, el trabajo con la pantalla vestibular, resulta ser efectivo ya que el especialista la confecciona pasado el segundo molar en sentido anteroposterior y separada de premolares y molares.

De este modo, se libera a los sectores laterales de la fuerza nociva de los buccinadores.

En el sector anterior, la pantalla se adosa a la cara vestibular de los incisivos anteriores, con lo que se puede trabajar la cincha de orbiculares (muchas veces en hipofunción)

Si la Estrechez viniese asociada a una distorrelación mandibular, con importante overjet, es prudente permitir el trabajo del Especialista en Ortopedia Funcional ya que el escalón que debe sortear la pantalla es importante.

El especialista en ocasiones trabaja con la oclusión del paciente y confecciona una mordida constructiva, para preparar luego la pantalla con la que se realizara la ejercitación neuromuscular y ventilatoria.

2.- Mordidas abiertas: En los casos de overbite negativo, el trabajo con la pantalla Vestibular, permite además del fortalecimiento de la musculatura anterior (lo que puede ayudar en el cierre labial), el adecuado posicionamiento de la lengua, ya que favorece la creación de presión intrabucal.

La Pantalla sirve además para ir eliminando hábitos perniciosos. El paciente aprende a sostenerla en el vestíbulo bucal a modo de transferencia de hábito.

3.- No recomendamos el uso de la pantalla vestibular en las mesiorrelaciones, ya que el paciente presenta a menudo un desplazamiento en bloque de mandíbula, lengua y labios. Todos los ejercicios de protrusión deben realizarse con estricto control y no son recomendables (a menos que se haya estudiado el costo beneficio).

4.- En los pacientes con mordida profunda, con importante overbite, específicamente sobremordida, que puedan presentar patología ventilatoria, puede utilizarse la pantalla vestibular con buenos resultados, especialmente si hay musculatura en hipofunción con estricta supervisión.

En pacientes con mordida cubierta (Deckbiss) donde hay verticalización, no es recomendable el uso de la pantalla vestibular, ya que la musculatura de labios esta en hiperfunción y la pantalla puede agravar el cuadro.

5.- En pacientes con laterodesviación mandibular, se estudiará detenidamente el cuadro clínico para pesar ventajas y desventajas.

Conclusiones

La observación clínica sumada a un estudio profundo de cada caso en particular, nos permite llegar a un diagnóstico precoz, integral y morfofuncional, como base para elaborar un plan terapéutico individualizado. La morfología es solamente un aspecto a tener en cuenta unido a la función que la determinó.

“Si la estructura no nos cuenta sobre la función implica que no hemos observado correctamente.”
Szent – Györgyi.

Bibliografía:

1. Aguila Juan: Crecimiento cráneo facial. Actualidades médico odontológicas Latinoamérica 1993.
2. Graver Thomas, Neumann Bedrich: Aparatología Ortodóntica Removible Ed. Panamericana -1987
3. Graver Thomas, Rakosi Thomas, Petrovic Alexandre: Ortopedia dentofacial con aparatos funcionales. Ed. Harcourt Brace - 1998
4. György Doczi, El poder de los límites. Proporciones armónicas en la naturaleza, el arte y la arquitectura. Editorial Troquel - 1999
5. Rakosi Thomas. Atlas de Ortopedia Maxilar: Diagnóstico. Ed. Masson Salvat Odontología. 1992
6. Saadia Marc Ahlin Jeffrey: Atlas de Ortopedia dentofacial durante el crecimiento Ed. Espaxs - 2000
7. Torres Ramón. Tratado de Gnato Ortopedia Funcional de los Maxilares. Ed. Panamericana 1966
8. Torres Ramón. Biología de la Boca. Ed. Panamericana - 1973

Trabajo Científico N° 3

DESÓRDENES DEL PROCESAMIENTO SENSORIAL Y USO SOCIAL DEL LENGUAJE. RESULTADOS PRELIMINARES.

Lic. Claudia T. Altamirano

*Lic. en fonoaudiología
Doctoranda en fonoaudiología en UMSA*

Lic. María I. Sánchez

*Lic. en Terapia Ocupacional
Certificada en Integración Sensorial por AISA*

Resumen:

Se llevó a cabo un estudio cuantitativo de tipo descriptivo. Este estudio tuvo como objetivo comparar la dimensión pragmática del lenguaje en niños con desórdenes del procesamiento sensorial con un grupo de niños que no presentan dificultad.

Se evaluó la dimensión pragmática del lenguaje mediante el cuestionario de la prueba "Clinical Evaluation of Language Fundamentals- Pre-School 2" (CELF 2 -Pre-escolar) en niños de entre 3 y 5 años que presentaban trastornos del procesamiento sensorial. Este diagnóstico se realizó mediante entrevista de historia del desarrollo a padres, historia sensorial, observaciones clínicas de modulación y perfil sensorial de Winnie Dunn (cuestionario a padres y/o cuidadores).

Se excluyeron del estudio a aquellos niños que presentaron comorbilidad con otras patologías como trastornos del espectro autista, retraso global del desarrollo, presencia de convulsiones u otros síndromes genéticos.

Se estudiaron 5 niños con trastornos del procesamiento sensorial, siendo incluidos aquellos niños de entre 3 y 5 años que presentaron diferencia definitiva en alguna de las secciones del perfil sensorial corto de Winnie Dunn.

Al analizar los resultados, se observó un menor rendimiento en las habilidades pragmáticas de los niños con trastornos en el procesamiento sensorial que en el grupo control.

Palabras claves: Pragmática, lenguaje, procesamiento sensorial.

Abstract:

A quantitative descriptive study was carried out. The purpose of this study was to compare the pragmatic dimension of language in children with sensory processing disorders with a group of children who do not present difficulties.

The pragmatic dimension of language was evaluated through the CELF 2 (Pre-school) questionnaire in children between 3 and 5 years of age who presented sensory processing disorders.

This diagnosis was made through a developmental history interview with parents, sensory history, clinical observations of modulation and sensorial profile of Winnie Dunn (questionnaire to parents and / or caregivers).

Children who presented comorbidity with other pathologies such as autism spectrum disorders, overall developmental delay, seizures or other genetic syndromes were excluded from the study.

Fifty-seven children with sensory processing disorders were studied, including those children between 3 and 5 years of age who presented definite difference in any of the sections of Winnie Dunn's short sensory profile.

When analyzing the results we observed a lower performance in the pragmatic abilities of children with sensory processing disorders than in the control group.

Keywords: Pragmatics, language, sensory processing.

Introducción

El ser humano viene dotado de un mecanismo sensorio-perceptivo que es propio de la especie humana, lo que le permite participar del mundo que lo rodea. Es la madre (o cuidador) quien da significado a esta manifestación no verbal estableciendo una comunicación afectiva, permitiéndole a ese niño entender que el mundo que lo rodea está conformado por seres sociales y, por otro lado, integrar las diferentes sensaciones provenientes de este ambiente.

Esta interacción no lingüística entre un adulto y un niño se da a través de lo que Bruner definió como formato y la define como "una pauta de interacción estandarizada e inicialmente microscópica, entre un adulto y un niño, que contiene roles demarcados que finalmente se convierten en reversibles". Esta interacción no lingüística cumple funciones que luego serán sustituidas por el lenguaje.

Por eso se puede decir que... "es la interacción interpersonal el espacio donde el lenguaje se hace consensual, operando en la dinámica interaccional

principios y reglas que permiten comunicarse. Los individuos se comunican con reglas, siendo el conocimiento de las reglas lingüísticas y la capacidad de aplicarlas en determinados contextos lo que constituye la base de la competencia comunicativa".

Muchas de las teorías lingüísticas analizan el lenguaje desde distintos planos, como la fonética, la fonología, la morfosintaxis, la semántica y la pragmática. Las dos primeras se encargarían del estudio de los sonidos del habla, la morfosintaxis de la formación de las palabras y su combinatoria en la oración, la semántica es la encargada del significado de las palabras y la pragmática está vista como el uso que se hace del lenguaje.

El presente trabajo considera que el uso del lenguaje está atravesado por el contexto, los hablantes, las intenciones, los conocimientos, lo afectivo, lo metalingüístico. Se deduce que la pragmática no se puede identificar como un componente adicional del lenguaje sino más bien como un "núcleo" que determina y organiza los demás componentes, o sea que subyace, los trasciende y los envuelve. Por eso, una evaluación de los aspectos pragmáticos del lenguaje es una tarea compleja, donde se deben tomar aspectos lingüísticos, extralingüísticos y paralingüísticos en interacción.

Monfort afirma que "se considera que la pragmática es menos "modular", está menos "encapsulada" que la fonología o la sintaxis y, por lo tanto, puede resultar más influida por otros dominios del desarrollo, sobre todo a nivel cognitivo y emocional".

¿Cuándo se puede decir que hay una falla pragmática? Abraham y Brenca dicen al respecto: "Entendemos por fallas pragmáticas las dificultades que aparecen en el uso del lenguaje que afectan su ajuste a la situación comunicativa. Estos desajustes pueden corresponder a características intrínsecas de ciertas patologías del lenguaje con un compromiso pragmático de base; ser consecuencia de otros factores tales como fallas de habilidades sociales, de integración sensorial y/o funciones ejecutivas que impactan en lo pragmático; o que se presenten como comorbilidad. En todos los casos, el común denominador es que la interacción comunicativa se ve, de modo directo o indirecto, afectada". Por lo tanto, es factible pensar que un niño con dificultades en el procesamiento sensorial, donde hay un SNC que no está procesando de manera adecuada la información recibida del medio, puede verse afectado en

ese niño, de manera directa o indirecta, el uso social del lenguaje. Monfort afirma al respecto que: “los déficit de interacción social no dependen solamente de las características intrínsecas de los niños sino también de las circunstancias ambientales en las que se producen las interacciones”.

La integración sensorial fue descripta por la Terapeuta Ocupacional Anne Jean Ayres en el año 1972, por lo cual es un área de conocimiento e investigación relativamente nueva. Ella la describe como “El proceso neurológico que organiza la sensación desde el propio cuerpo y del entorno y le permite usar el cuerpo con eficacia dentro del entorno” (Jean Ayres, A., 2008). La integración sensorial es un proceso que nos permite captar, integrar y dar respuestas a señales ambientales, por lo que podemos plantear que es necesario, entre otros sistemas, para decodificar señales ambientales.

¿Cuándo se puede decir que hay una falla en el procesamiento sensorial? Si se considera que el procesamiento sensorial se encuentra integrado cuando las respuestas a los estímulos sensoriales se dan de una manera típica, acordes al contexto y a la información recibida, se puede considerar como un desorden de procesamiento sensorial a las dificultades en el registro o en la modulación de la información sensorial que producen respuestas inadecuadas o discordantes a la información recibida. Los síntomas que estos niños pueden manifestar son aversión o gran necesidad de estar expuestos a determinados estímulos; suelen ser niños con mucha reactividad defensiva al medio y a las personas o, por el contrario, con muy poco registro del medio o de las personas. Ante estos comportamientos, surge el interrogante: la dimensión pragmática del lenguaje ¿puede verse afectada en los niños que presentan dificultades del procesamiento sensorial?

Materiales y métodos

Materiales

Perfil sensorial de Winnie Dunn para clasificar el desorden del procesamiento sensorial.

Cuestionario de clasificación pragmática del CELF Pre-escolar para puntuar el funcionamiento del uso social del lenguaje.

Métodos

Se llevó a cabo una investigación cuantitativa de tipo descriptiva dado que se utilizaron instrumentos que

puntúan el funcionamiento pragmático del lenguaje y se dan características de la dimensión pragmática del lenguaje en niños con trastornos de la modulación sensorial. Este trabajo describirá el comportamiento social lingüístico de la población en estudio en el momento de inicio del tratamiento o con un tiempo corto de tratamiento (no superando el mes). Este trabajo se realizó en la ciudad de General Villegas en el período comprendido desde el mes de febrero hasta septiembre de 2017.

Participantes

La población de estudio estuvo conformada por cinco niños con trastornos del procesamiento sensorial de entre 3 y 5 años de edad y una muestra de grupo control conformada por 10 niños de entre 3 y 5 años que no presentan sintomatología de desorden sensorial.

Se excluyeron del estudio a aquellos niños que presentaron comorbilidad con otras patologías como trastornos del espectro autista, retraso global del desarrollo, presencia de convulsiones u otros síndromes genéticos.

Se utilizaron el perfil sensorial de Winnie Dunn como instrumento diagnóstico para determinar el desorden del procesamiento sensorial y el cuestionario de clasificación pragmática del CELF-2 para la recolección de información del uso social del lenguaje.

Resultados

El grupo control obtuvo una media de 92,8 puntos sobre el total de 104 que es la máxima puntuación del cuestionario de clasificación pragmática del CELF-2. (Tabla 2), mientras que la población incluida en la muestra obtuvo un puntaje promedio de 70,20 sobre el total de 104 puntos del cuestionario (tabla 1).

El puntaje arrojado por el cuestionario de clasificación pragmática del CELF-2 en los niños que presentaban desórdenes del procesamiento sensorial fue significativamente inferior al puntaje que obtuvieron los niños del grupo control que no presentaban estas dificultades.

EDAD	PUNTAJE CELF-2
Niño A: 3 años	63
Niño B: 3 años	64
Niño C: 5 años	73
Niño D: 5 años	89
Niño E: 3 años 6 meses	62
MEDIA	70,20

Tabla 1. Resultados del cuestionario de clasificación pragmática del CELF-2 de la población en estudio

EDAD	PUNTAJE CELF-2
Niño 1: 3 años 2 meses	93
Niño 2: 3 años 10 meses	95
Niño 3: 4 años 3 meses	86
Niño 4: 4 años 9 meses	99
Niño 5: 4 años 10 meses	85
Niño 6: 4 años 2 meses	88
Niño 7: 5 Años 2 meses	99
Niño 8: 5 años	99
Niño 9: 5 años 10 meses	99
Niño10: 5 años 10 meses	85
MEDIA	92,8

Tabla 2. Resultados del cuestionario de clasificación pragmática del CELF-2 del grupo control

Discusión y Conclusiones

En el presente estudio, se comprobó que los niños con trastornos del procesamiento sensorial presentaron menor rendimiento en las habilidades pragmáticas que los niños del grupo control sin estos trastornos.

Se considera que la muestra es pequeña para generalizar a toda la población de niños con trastornos del procesamiento sensorial. Si bien no se encontraron estudios referidos al propósito del presente trabajo, algunos autores (Miller 2014, Jean Ayres 2008) mencionan las dificultades del lenguaje presentes en los niños con desorden del procesamiento sensorial.

Por lo cual este trabajo podría ser la base para futuras investigaciones con una muestra más amplia de participantes para validar los resultados reportados. Con una muestra más amplia podría ser factible analizar los resultados en función de los distintos tipos de desorden de procesamiento sensorial.

Bibliografía:

1. Abraham, M.; Brenca, R. (2016). De los actos de habla a las destrezas narrativas. Buenos Aires: Akadia.
2. Acosta Rodríguez, V. (1996) La evaluación del lenguaje, Archidona, El Aljibe.
3. Autismo diario, Integración sensorial: revisión actualizada, (2011). Disponible en: <http://autismodiario.org/2011/05/14/integracion-sensorial-revision-actualizada/>. Octubre 2016
4. Jean Ayres, A. (2008). La integración sensorial en los niños. Madrid: TEA.
5. Miller, L. (2014). Sensational Kids, Perigee.
6. Monfort, M.; Juarez, A.; Monfort, I. (2004). Niños con trastornos pragmáticos del lenguaje y de la comunicación. Madrid: Entha.
7. Peralta Montecinos, J. (2000). Adquisición y desarrollo del lenguaje y la comunicación: una visión pragmática constructivista centrada en los contextos. Revista: Límite, Núm.7 pp 54-66, Arica, Universidad de Tarapacá.

Trabajo Científico N° 4

IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN FONOAUDIOLÓGICA EN LA PRECISIÓN DIAGNÓSTICA: NÓDULOS VS PSEUDO-QUISTES CORDALES

Lic. Nancy Molina

*Lic. Fonoaudióloga UBA
Doctora en Fonoaudiología UMSA
Profesora Titular Regular de la asignatura
Terapéutica Vocal, carrera
Licenciatura en Fonoaudiología UBA
Directora del Laboratorio de Voz,
Facultad de Medicina UBA
Fonoaudióloga Asistente del Hospital Dr Eduardo
Wilde, Provincia de Bs As*

Lic. Marcela Gafare

*Lic. Fonoaudióloga UBA
JTP de la asignatura Terapéutica Vocal, carrera
Licenciatura en Fonoaudiología UBA*

Lic. Gilda Valdez

*Lic. Fonoaudióloga UBA
Ayudante de 1° de la asignatura Terapéutica Vocal, carrera Licenciatura en Fonoaudiología UBA*

Resumen:

Se presenta el caso de una estudiante de la Carrera de Fonoaudiología que asiste al Laboratorio de Voz por inquietud de su Docente de la asignatura Educación Vocal. La Evaluación Objetiva de la voz indicó disfonía leve o grado 1. Mediante Evaluación Estroboscópica, el diagnóstico ORL fue impreciso: nódulos o quiste en cv derecha con lesión edematosa contralateral por contacto, por lo que se indicó tratamiento Fonoaudiológico. Asistió al Htal Argerich por 3 meses; la alumna siempre se comprometió con el tratamiento y el cuidado de su voz.

Cuando comenzó con la materia Terapéutica Vocal se solicitó un nuevo control ORL y el diagnóstico fue nuevamente nódulos. La Evaluación Objetiva vocal demostró que su disfonía empeoró a pesar del tratamiento Fonoaudiológico. Se insistió con otra opinión ORL y posible resolución quirúrgica. Con la nueva estroboscopia se llegó al diagnóstico de "pseudoquistes". Por lo tanto, se recomendó intervención quirúrgica y tratamiento pre y post- cirugía.

El tratamiento fue exitoso tanto en la terapéutica fonoaudiológica como en la cirugía. Perceptualmente, la alumna logró una gran mejoría, aunque su voz continuaba levemente soplada por el cierre glótico deficiente, pero no se observó lesión cordal en la última estroboscopia, por lo que se le indicó continuar con tratamiento para evitar el esfuerzo y el retorno de la hiperfunción.

Palabras claves: Disfonía, quistes cordales, nódulos, pseudo-quiste

Abstract:

This is the case of a Speech Therapy student referred by her Vocal Education Teacher to the Vocal Lab. The vocal objective evaluation indicated dysphonia or grade 1 dysphonia. ORL diagnosis was imprecise: nodule or cyst in right vocal cord with contralateral edematous injury by contact, so vocal therapy was

indicated. She was treated at the Htal Argerich for 3 months; the student was always dedicated with her treatment and voice care.

When she started with Therapeutic Vocal Course she was requested a new ORL control and the diagnosis was again nodules. Vocal objective assessment indicated that her dysphonia got worse despite the vocal treatment. Emphasis was placed on another ORL control and possible surgical resolution. The diagnostics with new videostroboscopy was "pseudocysts". Therefore surgery and pre and post-surgery treatment were recommended.

The treatment was successful both in the vocal therapy and the surgery. Perceptually the student achieved a great improvement, although her voice was still slightly breathy by insufficient glottic closure, but vocal cord injury was not observed in the last videostroboscopy; so she was indicated to continue with the treatment to avoid efforts and returning to hyperfunction condition.

Keywords: Dysphonia - nodules- vocal cysts- pseudocysts.

Introducción

Núñez y Fernandez (2013) utilizan el novedoso concepto de "lesiones exudativas del Espacio de Reinke" para referirse al grupo de lesiones benignas de cuerdas vocales formado por nódulos, pólipos, pseudoquistes serosos y edema de Reinke, agrupadas por tratarse del mismo proceso que se localiza en la capa superficial de lámina propia pero de diferente extensión.

Sus características comunes incluyen cambios en la membrana basal, anomalías vasculares y depósito de fibrinas (Hantzakos et al, 2009).

Estas alteraciones suelen ser subdiagnosticadas o confundidas con otras lesiones inflamatorias benignas de las cuerdas vocales. El uso de la estroboscopia es fundamental en la evaluación de estos pacientes y probablemente también el Gold Standard. La evaluación perceptual fonoaudiológica y el laboratorio de la voz también aportarán datos relevantes. Aun así, el diagnóstico clínico no siempre es factible debido a la existencia de formas intermedias con apariencia macroscópica mixta (Cobeta, Núñez Fernandez, 2013). Por lo tanto, se requiere contar con un equipo de profesionales dedicados a la evalua-

ción vocal y videoestroboscopia, reconociendo que la experiencia y la sospecha clínica son los factores más relevantes.

El manejo de estas lesiones habitualmente es tratamiento fonoaudiológico, asociado al tratamiento de las patologías concomitantes (reflujo gastroesofágico, tabaquismo, etc.). En algunos casos específicos deberá efectuarse cirugía.

Muchas veces el diagnóstico que prevalece es nódulos vocales. De este grupo de pacientes, algunos tienen una respuesta parcial o pobre al tratamiento Fonoaudiológico el cual sólo es efectivo en reducir el grado de disfonía y la tensión laríngea asociada.

Es raro que los nódulos vocales verdaderos no respondan favorablemente a los tratamientos conservadores. Cuando persisten unas lesiones bilaterales tras el tratamiento, en realidad no son nódulos vocales sino otras lesiones benignas que hay que tener en cuenta dentro del diagnóstico diferencial.

La indicación para el tratamiento quirúrgico puede establecerse cuando la disfonía se combina con una falta de respuesta significativa a los tratamientos conservadores.

Se presenta el caso de una estudiante que asistió al Laboratorio de Voz por inquietud de su Docente de la asignatura Educación Vocal. Perceptualmente su voz era levemente soplada. La Evaluación Objetiva indicó disfonía leve o grado 1.

El diagnóstico ORL (estroboscopia) fue impreciso entre nódulos o quiste con lesión contralateral por contacto, por lo que se indicó tratamiento Fonoaudiológico por tres meses. Finalizado ese tratamiento, la Evaluación Objetiva demostró que la disfonía empeoró, a pesar del compromiso y esfuerzo de la alumna. El nuevo control ORL con la reiteración de diagnóstico nodular hizo dudar de este diagnóstico. OBJETIVO: precisar el diagnóstico ORL-Fonoaudiológico para un tratamiento pertinente.

Exámen del paciente

Paciente de sexo femenino de 22 años de edad, estudiante universitaria de la Carrera de Fonoaudiología. Coordinadora de actividades de recreación de grupo de adolescentes de su parroquia. Tomó clases, durante dos años, de canto lírico. Suele cantar en su iglesia, actividad que suspendió desde que se agudizó su disfonía.

La paciente consulta por presentar disfonía de un año de evolución, comenzando en forma esporádica, pero luego de 6 meses aproximadamente se acentuó.

Como síntomas, presentaba fatiga vocal, característica que aumentaba con el cansancio físico. Presentaba conductas de abuso como carraspeo y tos. Antecedentes de alergia.

Fue derivada a terapia vocal con diagnóstico ORL impreciso: nódulos o quiste en CVD con lesión contralateral por contacto, cierre glótico incompleto leve antero-posterior. La Evaluación Objetiva vocal: disfonía leve o grado 1 con quiebre en la zona del pasaje al realizar el pasaje. TMF: acortado



Al momento de la consulta, se encontraba realizando terapia vocal desde hacía tres meses en el Htal Argerich sin evolución positiva.

Se solicita nuevo control ORL cuyo diagnóstico fue nuevamente nódulos. La videoestroboscopia refleja cierre glótico "en reloj de arena". Movilidad cordal y onda mucosa bilateral conservadas. Leves signos de alergia.



La Evaluación Objetiva demostró que su disfonía empeoró. En la evaluación perceptual, se evidenció intensidad normal, altura tonal habitual normal con tendencia a agudizar, timbre velado, foco resonancial laríngeo, ataque vocal brusco, filatura con descenso al final de la frase. La escala RASATI determina A1 S2 T1, siendo las características más evidentes la soplidad, aspereza y tensión.

El médico ORL menciona a la paciente que tiene "pseudo-quistes" y, debido a que la terapia vocal no resultó (enfaticamos el hecho de que esta paciente

es una estudiante de Fonoaudiología sumamente comprometida con su voz), se decide programar una microcirugía y tratamiento vocal pre y post- cirugía.

Ultima evaluación: perceptualmente la alumna logró una gran mejoría, aunque su voz continuaba levemente soplada. En la última estroboscopia no se observó lesión alguna, pero sí un hiatus posterior de base ancha. El Estudio Objetivo indicó disfonía leve ó grado 1 y ya no se evidenció quiebre vocal en el pasaje.

Tratamiento

El objetivo del tratamiento pre-quirúrgico fue mejorar la función vocal y contribuir a la desinflamación laríngea general. Se centró en un programa de higiene concreto y específico para la alumna y se buscó el restablecimiento de una producción vocal balanceada usando terapias eclécticas. Se insistió sobre la importancia de una buena hidratación para reducir el esfuerzo fonatorio y mejorar la resistencia vocal, el control del carraspeo y suspensión de su actividad con su grupo parroquial hasta la cirugía.

Se realizaron 5 sesiones pre-quirúrgicas con una frecuencia de una sesión semanal de 30 minutos. En un primer momento, se trató de identificar y reeducar aquellos patrones musculares que llevaron al mal uso vocal, estableciendo un adecuado programa de higiene vocal, y uso vocal suave, con el fin de que la paciente llegara en las mejores condiciones al proceso quirúrgico.

Se trabajó ejercicios de percepción corporal, de la tonicidad y postura (en distintas posturas y con diferenciación entre ambos hemisferios) y concientización del movimiento de los grupos musculares que intervienen en la respiración.



La respiración se abordó en forma pasiva (tipo y modo respiratorio) y activa en función de la fonación

(coordinación fono-respiratoria y apoyo diafragmático) a fin de lograr una presión subglótica más estable, sin esfuerzo y así lograr una óptima función laríngea. Se tuvo especial cuidado, durante las intervenciones fonoaudiológicas, en que la paciente no acentuara la respiración exclusivamente abdominal, hábito que presentaba marcado quizás por un entrenamiento vocal con técnica incorrecta.

Para tal fin, se utilizó un recurso creativo propuesto por las alumnas: dos punteros laser colocados en un elástico a la altura de costillas inferiores, que le permitían visualizar sobre una pizarra el movimiento costal durante el entrenamiento respiratorio y el sostén del apoyo durante el soplo espiratorio.



Ejercicio con punteros laser en parrilla costal con sonido nasal /M/



Coordinación Fono-respiratoria (con un círculo inspira, con otro emite /bu/)

Se trabajó el manejo de la intensidad con concientización del apoyo respiratorio, la coordinación fono-respiratoria con emisiones suaves dentro de un rango tonal cómodo, sonidos fricativos, vibratorios de lengua y labios en forma áfona y luego con voz,

técnica de bostezo-suspiro, de /b/ prolongada combinada con vocales /u/ /o/, haciendo hincapié en una mayor amplitud de los movimientos articulatorios, buscando el aumento de la propiocepción a nivel de resonadores (no se utilizaron consonantes nasales debido a que la paciente presentaba nasalización).

Intervención fonoaudiológica Post-quirúrgica Después de la cirugía, el objetivo del tratamiento fue facilitar la voz a los cambios estructurales y optimizar los resultados de la intervención quirúrgica.

Luego de la cirugía y aprovechando el receso universitario, se sugirió reposo vocal absoluto por una semana con el fin de auxiliar la recuperación de la mucosa cordal y reducir el riesgo de formación cicatrizal. Se reforzaron pautas de higiene vocal como la hidratación constante, sobre todo la ingesta de agua en momentos de aparición de síntomas como picazón o molestias para evitar el carraspeo y la tos.

Después de esa semana, se pasó a reposo parcial de la voz, limitándola para evitar la fatiga (a la semana, se le pidió que hablara como máximo 5 minutos x hora) siempre con voz confidencial (voz suave, algo soplada, sin agravar el tono y con sobre-articulación). Se retomaron las sesiones luego de 15 días después de la cirugía, utilizando la intensidad normal pero continuando con reposos parciales de 30 minutos x hora. Se le pidió no utilizar la alta intensidad.

Al mes, pudo usar su voz sin restricciones siempre bajo la supervisión de la terapeuta.

Se utilizaron vocalizaciones entre registro modal y falsete con emisiones sostenidas, glissandos ascendentes y descendentes, escalas tonales, ejercicios de TVSO en forma natural y con tubos, técnica de finger kazoo, a fin de fortalecer y coordinar la musculatura laríngea y mejorar la relación entre flujo de aire, vibración cordal y actividad supraglótica, disminuir la fuerza de contacto cordal y favorecer la resonancia.



Ejercicio TVSO: /b/ prolongada + manguera dentro de botella

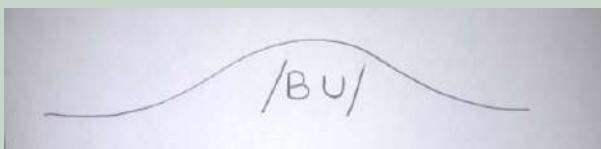


OTRAS PROPUESTAS CREATIVAS DE LAS ALUMNAS

-DOSIFICACIÓN DEL SOPLO: Gorra con tela colgando de la visera: la paciente debe lograr que el movimiento de la tela sea sostenido y constante durante toda la espiración.



-SUAVIZAR EL ATAQUE DURO: Resorte: Se trabaja con la emisión de /bu/ con el Efecto Kayser. Se esquematiza una lomada en cartulina y con el movimiento del resorte entre sus manos debe imitar esa forma al tiempo que realiza la emisión. La indicación será comenzar la emisión de forma suave y, progresivamente, aumentar la intensidad y, cuando llegue a la lomada, realizarlo de manera descendente. Todo realizado en un tono cómodo.



-ESTIMULACIÓN DE LA RESONANCIA BUCOFARÍNGEA.

Con bolsa de plástico y cambios de postura: la paciente estira una bolsa de plástico entre sus manos de modo que quede tensa. Luego se la acerca a los labios y emitirá una /b/ prolongada realizando cambios de postura: de pie, llevando el tronco hacia abajo o movimientos pendulares.



Placa radiográfica: se coloca un trozo de placa radiográfica en los labios, y emitirá un sonido (ejemplo /u/).

Vaso de Telgopor: se coloca la parte hueca sobre la boca, y debe realizar una /b/ prolongada, con el fin de que perciba la vibración en el vaso y en la boca. Luego lo aleja unos centímetros y vuelve a realizar la misma técnica.

Peine envuelto en celofán: la paciente debe realizar emisiones tales como la /b/ prolongada o la /b/ combinada con vocal tales como /u/ y /o/ con los labios apoyados sobre la superficie de los dientes del peine.



El tratamiento fue exitoso tanto en la terapéutica fonoaudiológica como en la cirugía. Después de las 5 sesiones post -quirúrgicas, la alumna logró una notable mejoría aunque persistía un leve soplo por el cierre glótico deficiente sin lesión cordal evidenciado en la última estroboscopia, por lo cual se le indicó continuar con tratamiento para evitar el esfuerzo y el retorno de la hiperfunción.

Discusión

Por nuestra experiencia clínica sabemos que el paciente con nódulos que realiza tratamiento fonoaudiológico con una guía terapéutica adecuada y selección de ejercicios vocales pertinentes mejora sesión a sesión.

Los nódulos son lesiones de pequeño tamaño, bilaterales y simétricos. Generalmente ocurren como resultado de trauma vocal y como la reacción del tejido al stress mecánico a repetición localizado en la unión del tercio anterior con los dos tercios posteriores de las cuerdas vocales, en el acto vibratorio. Deben diferenciarse de lesiones que generan una lesión contralateral por contacto, como ocurre con pólipos y quistes mediante videoestroboscopia.

El pseudoquiste seroso es una lesión mal conocida tanto en su naturaleza como en su origen. Aparece principalmente en mujeres adultas jóvenes no fumadoras, con una relación 8 a 1. Se lo denomina de esta manera por tener una imagen semejante al quiste, pero el quiste verdadero es revestido por epitelio. No tiene características histopatológicas claramente definidas. Su epitelio de revestimiento es normal, en cambio en el nódulo está engrosado.

Esta lesión no tiene pared ni cápsula y se sitúa en el punto nodular. Está constituida por un edema localizado pero sin células inflamatorias, ni exudado fibrinoso o hemorrágico. Tiene aspecto de burbuja traslúcida o ampolla de agua y no se relaciona con el esfuerzo vocal excesivo o falta de técnica vocal; está asociado a la incompetencia glotal crónica.



Diagnóstico diferencial: se distingue del nódulo y del pólipo por su característico aspecto traslúcido. La estroboscopia objetiva el carácter superficial de la lesión. A veces, se observa un engrosamiento localizado de la mucosa del repliegue opuesto, que forma un esbozo de nódulo.

Típicamente, las propiedades vibratorias son normales o están reducidas mínimamente. Al examen inicial, se observa hiperfunción laríngea, por lo que el clínico puede presumir falsamente que la lesión es secundaria a una disfonía por tensión muscular (funcional).

Después de que las conductas vocales compensatorias son eliminadas por terapia vocal, estos pacientes pueden descompensarse acústicamente (la voz empeora), como fue el caso de nuestra alumna. Una explicación posible es que la insuficiencia glótica posterior, que es normal y caracteriza la laringe femenina, funciona como una especie de pseudo-paresia, creando una lesión por fonotrauma que predispone a la mujer a la formación de pseudoquiste.

Koufman et al (2001) lo denominan "pódulo" por la apariencia de bolsa y con localización como la del nódulo; postulan que su desarrollo depende de varios factores: actividad muscular asimétrica, incompetencia glótica, fragilidad de la mucosa, influencia hormonal, mal uso y abuso vocal, inflamación concomitante.

Los pseudoquistes son predictivos de intervenciones quirúrgicas, no se resuelven con terapia vocal.

Conclusión

La situación ideal para dar inicio a un tratamiento vocal es aquella en la cual el paciente presenta ya un diagnóstico preciso; este último es fundamental para que la terapia vocal resulte exitosa. Si no hay suficientes datos o hay duda con el diagnóstico, es necesario realizar un período breve de sesiones diagnósticas fonoaudiológicas y una nueva evaluación otorrinolaringológica y fonoaudiológica del cuadro para sí detallar diagnóstico y redefinir la conducta.

Como se mostró en este caso, la intervención vocal no favorable llevó a la revisión del diagnóstico, a la determinación de la conducta quirúrgica y a posterior re-intervención fonoaudiológica exitosa. Es decir, el "fracaso terapéutico" favoreció a la precisión

diagnóstica.

La intervención interdisciplinaria se vuelve imprescindible para obtener un adecuado enfoque de la enfermedad, ya que se nos presenta no sólo como un desafío diagnóstico sino también de manejo terapéutico.

De esta manera, podremos prevenir consecuencias financieras, emocionales y sociales en nuestros pacientes.

Bibliografía:

- 1.Estes C, Sulica L. Vocal fold pseudocyst: A prospective study of surgical outcomes. *Laryngoscope*. 2014. doi: 10.1002/lary.25006. [Epub ahead of print]
- 2.García Tapia R, Cobetas I. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la voz. Madrid. Garsi. 1996.
- 3.García López Isabel Monografía AMORL N° 5 Junio 2015 EL OTORRINOLARINGÓLOGO ANTE EL PROFESIONAL DE LA VOZ Edita: AMORL ISBN: 978-84-606-9007-8 Primera edición impresa en Junio de 2015
- 4.Hantzakos A, Remacle M, Dikkers FG et al. "Exudative lesions of Reinke's space: a terminology proposal." *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2009; 266: 869-78
- 5.Koufman J, Belafsky P. Unilateral or localized Reinke's edema (pseudocyst) as a manifestation of vocal fold paresis: The paresis podule. *Laryngoscope* 2001;111: 576-580.
- 6.Le Huche, André Allali. La Voz. Tomo 2: Patología Vocal: Semiología y disfonías disfuncionales. Tomo3: Terapéutica de los Trastornos Vocales. Ed. Masson. 1994
- 7.Nuñez F, Fernandez S. "Afecciones benignas de las cuerdas vocales: lesiones exudativas del espacio de Reinke y otras lesiones", cap. 11 en: Cobeta I, Nuñez Batalla F, y Fernandez S. Patología de la Voz. Ponencia de la Sociedad Española de ORL. Ed. Marge 2013; 242-257
- 8.Rosen Clark A. MD, FACS, Jackie Gartner-Schmidt PhD, Bridget Hathaway MD,C. Blake Simpson MD,Gregory N. Postma MD, Mark Courey MD,<http://onlinelibrary.wiley.com/advanced/search/results?searchRowCriteria%5B0%5D.fieldName=author&start=1&resultsPerPage=20&searchRowCriteria%5B0%5D.queryString=%22Mark%20Courey%20MD%22>
- 9.Robert T. Sataloff MD, DMA A nomenclature paradigm for benign midmembranous vocal fold lesions *The Laryngoscope* Volume 122, Issue 6 June 2012 Pages 1335-1341
- 10.Farias P, Guia Clinica para el Especialista en Laringe y Voz, ed Akadia, Bs As 2016

Caso Clínico

SÍNDROME DE DI GEORGE

SÍNDROME VELOCARDIOFACIAL/MICRODELECIÓN22Q11 (VCFS/DEL 22Q11)

Silvia N. Censi

Fonoaudióloga.

Auxiliar en Psicopedagogía

*Directora del Equipo Interdisciplinario
del Instituto APEI*

*Profesora en distintas disciplinas con
experiencia en educación inicial, prima-
ria, secundaria, formación terciaria y
universitaria.*

Resumen

Este trabajo tiene como objetivo brindar información para la promoción del conocimiento sobre el abordaje terapéutico que puede ofrecerse a pacientes con este padecimiento desde el campo de la fonoaudiología. Si bien el síndrome de Di George es de presentación poco frecuente, es necesario difundir las estrategias pertinentes para aplicar, permitiendo asumir un compromiso de trabajo que mejore las habilidades comunicacionales del paciente, impactando en la calidad de vida.

El trabajo interdisciplinario es fundamental y se concibe como estratégico en estos casos. Por lo tanto, que cada profesional interviniente posea desde su campo un abordaje certero, hará que el correcto tratamiento de habilidades básicas disminuya la influencia de la patología de base en el ámbito académico y social.

Palabras Clave: Lenguaje, comunicación, síndrome, di George.

Abstract

This work aims to provide information to promote the knowledge about the therapeutic approach that can be offered to patients with this condition by the field of speech therapy. Although Di George syndrome is infrequent, it is necessary to disseminate the pertinent strategies to be used and allow assuming a work commitment that improves the communication skills of the patient, impacting on the quality of life.

Interdisciplinary work is fundamental and is considered strategic in these cases. Therefore, the fact that each professional involved has a correct approach from his field will cause the proper treatment of basic skills to reduce the influence of basic pathology in the academic and social environment.

KeyWords: Language, communication, syndrome, di George..

Introducción

El síndrome de Di George, más conocido como el S. de delección 22q11.2 Velo-Cardio-Facial, es de presentación poco frecuente, provocada por una anomalía cromosómica.

La bibliografía sobre este padecimiento no es abundante y, por consiguiente, arribar al diagnóstico no es sencillo si no se presentan antecedentes familiares concretos.

En este trabajo descriptivo, la intención es mostrar indicadores que pueden alertar al fonoaudiólogo para estimular la consulta con el profesional genetista y las consiguientes consultas con el resto del equipo de abordaje.

La mayoría de los pacientes tienen compromiso de su neurodesarrollo en forma global involucrando:

- Habilidades motoras
- Cognición
- Lenguaje
- Características faciales definidas

Su conformación anatómica provoca un habla particular. Aun con rehabilitación foniátrica, puede permanecer alterada.

- Trastornos psiquiátricos

Las alteraciones en el comportamiento son frecuentes. Es común que concurre con trastornos que requieran tratamiento farmacológico.

- Dificultades del aprendizaje

Sus aprendizajes sufren alteraciones que demandan atenciones específicas por área y existen asignaturas que representan un gran desafío cognitivo.

- Retraso madurativo

Su desarrollo será dispar en cada área. Los umbrales esperados no coinciden con etapas cronológicas.

En el caso de la paciente L. de 14 años, acude a la consulta por derivación escolar alertando dificultades de lenguaje y aprendizaje.

Se confeccionó la pertinente anamnesis, relevando datos de la historia clínica y escolar, haciendo las primeras aproximaciones desde el abordaje logopédico en respuesta a las demandas iniciales y primeras sesiones evaluativas.

Examen del paciente. Anamnesis

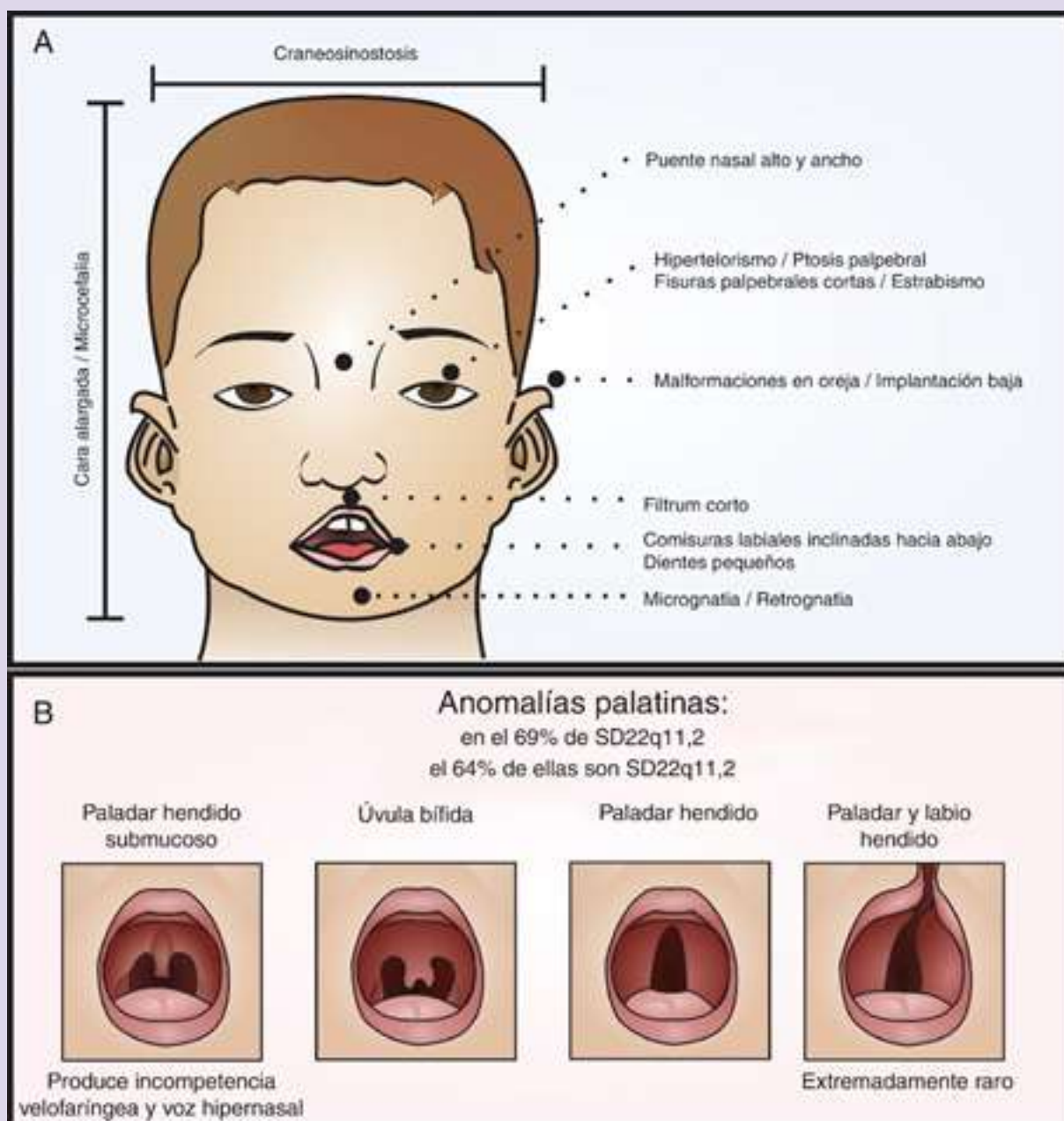
Los padres de la paciente L. fueron entrevistados y manifestaron que siempre presentó dificultades para acceder a los contenidos escolares y su desfasaje complicaba su inte-

gración a las actividades cotidianas. Durante la indagatoria, se reportan ciertos retrasos en las adquisiciones de la primera infancia, eventos que no fueron considerados representativos para sus padres o pediatras. Se deja constancia de que los padres consultaron a varios pediatras en los primeros años de vida de la paciente por no conformarse con una lectura del caso, pero no consiguieron que fuera estudiada más allá de las pruebas de exploración neurológica básica en la consulta.

Durante las primeras sesiones evaluativas, se registraron datos relevantes sobre su configuración anatómica que presenta características identificables y consecuencias funcionales:

- Craneostosis
- Micrognatia/Retrognatia
- Nariz pequeña
- Hipertelorismo
- Filium corto
- Hipernasalización
- Incompetencia velofaríngea
- Respiración bucal
- Miopía/Astigmatismo
- Hipoacusia leve





Ayudas diagnósticas utilizadas

- Test de Matrices Progresivas J. C. Raven.
- Test Gestáltico Visomotor de Lauretta Vender
- TEDI-Math
- Examen fonemático
- Test matemático Benton-Luria
- Test de lectura PLLE
- Protocolo de evaluación de estilo de aprendizaje Navarro-Torres
- Stroop Color Test
- LEE
- Audiometría
- Logaudiometría
- PLLE
- Pruebas básicas para predecir rendimiento en Lectura y

Escritura

-Evaluación del desarrollo psicomotor TEPSI

Hallazgos clínicos

-Test de Matrices Progresivas. Escala J.C Raven:L. obtuvo una puntuación centil 5, cuyo Grado Equivalente (GE) es V: Intellectualmente deficiente. Cabe aclarar que se ha administrado la escala con edad funcional corregida, ya que en la administración de esta prueba según edad cronológica no se alcanzan los parámetros mínimos.

-Test Gestáltico Vismotor de Lauretta Bender:

A partir de la interpretación de los resultados de dicho test, se sostiene que la función visomotora presenta un perfil inferior de ejecución (predominante). Durante la prueba,

realiza una distribución desordenada de las figuras sobre el papel, lo cual denota capacidad parcial para organizarse en el espacio que posee. Se corroboran indicadores que demuestran que su edad cronológica no es acompañada por su desarrollo y madurez perceptual. Su calidad gráfica no es coherente con su edad y a la vez registra fluctuaciones propias y congruentes con su oscilación anímica y dificultad visual.

Test de Funciones Básicas

Esquema corporal: Reconoce las partes del cuerpo en sí misma y en otros.

Orientación espacial: Esta capacidad no está desarrollada al nivel que se espera para un alumno de su edad, pero se evidencian estímulos anteriores que han colaborado en su desarrollo.

El nivel de ajuste de algunos movimientos presenta inmadurez o labilidad que se asocia directamente con el retraimiento o la respuesta exagerada ante determinados estímulos.

Lateralidad: En proceso de consolidación. Posee el conocimiento de los conceptos de izquierda y derecha, pero requiere guía para aplicarlos en otros objetos o situaciones que se alejan de su eje.

Orientación temporal: La secuenciación de relatos no logra la coherencia adecuada, se mantienen en relatos breves, acotados y, en ocasiones, truncan. Reconoce los días de la semana y los meses del año, pero no es capaz de ordenarlos adecuadamente en cada situación.

Lenguaje y comunicación: A pesar de ser una alumna con intención comunicativa, su discurso o conversación no accede a la fluidez y seguridad suficientes. Se observan situaciones en las que se condiciona, se limita y no es capaz de comunicar estados de ánimo, sensaciones o deseos con sinceridad. La performance de L. a nivel de la oralidad no posee el potencial esperado para su edad, presenta condicionamientos orgánicos, emocionales y ambientales. El lenguaje abarca no sólo el habla, sino también el escuchar, comprender y la comunicación por medios no verbales.

En la valoración de su lenguaje, en tanto proceso cerebral superior, se hallan alteraciones significativas en el halo de lo escrito y, desde la perspectiva del lenguaje usado como organizador del pensamiento, existen perturbaciones moderadas en la comprensión y severas en la expresión.

El nivel de fatiga cerebral que presenta para esta etapa evolutiva se considera de moderada a severa; se asocia a síntomas de Simultagnosia

Evaluación del área Matemática:

L. no maneja el ámbito numérico estipulado para su edad: puede ordenar números de uno en uno, no completa una secuencia sencilla, puede leer los números presentados, logra la correspondencia número-cantidad siempre que no superen las 4 cifras, en ocasiones con guía. Se afirma que manifiesta dificultades moderadas a severas. Posee dificultades para reconocer y aplicar unidades y decenas debido a la inestabilidad de sus habilidades asociadas a los conceptos espaciales.

Resuelve operaciones básicas de adición y sustracción sin llevada, siempre que se le haya indicado la acción a realizar. Presenta errores sistemáticos que impiden el avance a cálculos más complejos en esta etapa. Su pensamiento aún se encuentra íntimamente ligado a lo concreto. La característica del pensamiento que presenta dificulta la comprensión y elaboración.

Test de Lectoescritura

En cuanto a su nivel de lectura, L. lee con dificultades sílabas directas, indirectas y complejas de manera aislada. En tanto al formato textual, lee frases simples, oraciones poco complejas presentando dificultades con la fluidez esperada para su edad, sufre interrupciones, comete sustituciones y omisiones tanto sistemáticas como no sistemáticas. Sus relatos se componen de ideas simples reunidas, organizadas a partir de conectores que no producen una sintaxis coherente y comprensible en el texto.

Esto se corresponde con el trastorno lingüístico que afecta la comprensión y elaboración del lenguaje, afectando en mayor medida a la primera habilidad mencionada.

Respecto a su escritura, logra escribir vocales, copiar sílabas directas siempre que cuente con tiempo suficiente para procesar el texto.

Copiarlo le resulta más atractivo pero, aun en la copia, se reiteran los errores mencionados. En este caso influye la memoria a corto plazo, en la que se encuentran algunas dificultades en la evocación por labilidad atencional.

En tanto la escritura es asociada a signos de acomodación, encuentra rasgos que dificultan el seguimiento de la secuencia detallada de movimientos con la fluidez esperada para su edad.

Los trazos son regulares pero anclados en el intento de una caligrafía estructurada y que en su mayoría evocan una profunda tensión.

Dispositivos Básicos para el Aprendizaje

Atención: Durante la primera etapa de esta valoración, L. accedía a intervalos de aproximadamente 3 a 7 minutos de atención disponible con un 20 % de efectividad, luego de ello comenzaba con accesos de ansiedad, inhibición, intranquilidad física y angustia, bloqueos o descargas. Mientras se realizó el proceso evaluativo, se elaboró un plan de acción inmediato y se abordó esta problemática en cada sesión. Al finalizar la etapa exploratoria, lograba continuar atendiendo al examinador o la actividad por un período útil de 9 a 12 minutos luego de los cuales se le debe brindar un breve período de descanso o descompresión.

Este aprovechamiento del tiempo atencional ha logrado descender la influencia de su labilidad natural y da cuenta de que es preciso emprender un tratamiento acorde a esta necesidad también para poder mejorar la calidad de sus aprendizajes.

Memoria procedimental-de trabajo: L. demuestra dificultades en el aprovechamiento de la capacidad para realizar la evocación de ciertas estructuras o procedimientos, por ejemplo, secuencias automáticas como tablas de multiplicar o formas de operar. Esto no implica que deba adquirir estrategias compensatorias.

Diagnóstico Específico

- Simultagnosia
- Retraso madurativo que afecta las funciones ejecutivas.
- Trastorno del desarrollo neurológico/Intelectual . Se corroboran retrasos en los siguientes campos: habilidades conceptuales y prácticas, lenguaje, lectoescritura, procesamiento aritmético, desarrollo comunicativo (a pesar de la intención comunicativa sostenida y estimulada por el entorno).
- Trastorno Específico del lenguaje que afecta el área de comprensión y expresión.
- Disgrafía

Tratamiento

Tomando como punto de partida el estado general de las habilidades cognitivas al finalizar la evaluación, se establecieron parámetros de intervención interdisciplinaria. Para el campo de la fonoaudiología, asumiendo los procesos requeridos para organizar el pensamiento de la paciente y favorecer su evolución, se arbitraron mecanismos para estimular:

ÁREA LINGÜÍSTICA

- Comprensión lectora
- Programas para resolución de alteraciones en el lenguaje

receptivo

- Asimilación de mecanismos regulatorios verbales frente a alteraciones en el lenguaje expresivo (verbalización impulsiva)
- Plan de estructuración fonológica ante la dificultad en la programación lingüística (dificultad para ordenar la producción eficiente)
- Plan de abordaje en el campo semántico y pragmático ante inconvenientes en hacer inferencias (interpretación literal – plan de organización para luego articular su discurso y sentido)
- Recomendación escolar para presentar consignas breves
- Articulación con maestros integradores para dosificar las demandas lingüísticas y cognitivas

Lectura. Tratamiento:

- Lectura de cuentos ilustrados
- Utilización de lecturas ortofónicas
- Leer respetando signos de puntuación
- Responder a preguntas literales
- Responder preguntas de tipo inferencial
- Explicar los sucesos que acontecen en una historieta
- Realizar una lectura y luego representar gráficamente lo entendido de esa lectura.

Escritura. Tratamiento:

- Técnica de conciencia fonológica
- Punto y modo de cada fonema afectado con su respectiva representación gráfica
- Integración grafema-fonema
- Redacción de textos a partir de un gráfico o una lámina
- Configuración gráfica
- Hacer letras con diversos materiales: cartulina, plastilina, etc.

ÁREA ARITMÉTICA

- Clasificación
- Seriación
- Conciencia y representación número-cantidad
- Valor posicional
- Reconocimiento de signos operacionales
- Aplicación de nociones para la correcta solución de las operaciones matemáticas
- Resolución de problemas.
- Razonamiento: transitando desde el plano concreto hasta la abstracción mínima posible, sin perder elementos consistentes para la obtención de conceptualizaciones y denominaciones.
- El uso del dinero, partiendo de la apropiación de mecanismos como la clasificación, la seriación y uso de cantidades
- El desarrollo de razonamiento inductivo y deductivo
- Hacer inferencias
- Desprenderse progresivamente de la necesidad de acceder al material concreto

- Realización de ajustes en programas y unidades didácticas
- Indicación de no utilizar la memoria para las estructuras, como tablas de multiplicar y procedimientos de cálculo complejo, hasta asimilar los mecanismos
- Ajuste de las expectativas a los umbrales que sus procesamiento permiten
- Ajuste del volumen de información para acercarlo al que puede manejar

Conclusión

La dificultad para acceder al diagnóstico en el caso de L. residió en la poca difusión que se hace de este tipo de trastornos. El desarrollo global de la niña se vio afectado desde su nacimiento, pero la desorientación que sufrieron los profesionales y los padres resulta inversamente proporcional al volumen de información que se halla en la bibliografía de casos como este.

Si el profesional de la fonoaudiología conociera las alteraciones atípicas, no sería necesario la hiperespecialización de la orientación diagnóstica y, por lo tanto, el inicio del tratamiento acorde se resolvería en etapas tempranas.

El trabajo interdisciplinario en estos casos demuestra ser la clave para la pronta interconsulta y derivación a los servicios de genética, neurología, psicopedagogía, psicología y psiquiatría infantil. En este caso, durante las consultas fonoaudiológicas, se pudo establecer un patrón anatomofisiológico atípico y, mientras se esperaba la consulta con genética, se fueron realizando las evaluaciones pertinentes a la funcionalidad. La corroboración de la incidencia genética arriba sólo como dato anexo a nuestra práctica y no puede condicionarla. Entonces, si bien es necesario asumir que los fonoaudiólogos formamos parte de equipos de salud y educación, no siempre recae en el accionar del otro la corroboración diagnóstica o el compromiso de investigación.

Debemos defender desde nuestro lugar como agentes de salud. La gran importancia que posee nuestra labor en el conocimiento funcional de distintas patologías, aun cuando se alejan de los patrones patológicos típicos, hace que seamos eslabones fundamentales en todo el camino que recorren los pacientes.

Agradecimientos.

Al Colegio de Fonoaudiólogos de la Provincia de Buenos Aires. Regional La Plata por la gran labor en promover acciones públicas en nuestro campo de trabajo y abrir sus puertas a profesionales con voluntad de modificar realidades. A los padres de los alumnos y pacientes del Instituto APEI, espacio en el cual coordino las acciones del equipo interdisciplinario, por permitir que el caso de este estudio se haya convertido en parte vital para lograr los objetivos de difusión.

Bibliografía:

- 1.Amar Tuillier, Avigal. Trastornos infantiles del lenguaje y del aprendizaje. Barcelona, España: Octaedro 2007.
- 2.Borroso Rival, José. Trastornos del lenguaje y la memoria. Barcelona, España: UOC 2005.
- 3.Mercer, Cecil D. Biblioteca de educación especial. Dificultades de aprendizaje 2. España: CEAC 1998.
- 4.Bateman, B. D. et Chard, D, J. Identifying Students Who Have Learning Disabilities. Oregon Conference Monograph 1995.
- 5.Brunet, J. P. Definición de las dificultades de aprendizaje. II Encuentro Mundial de Educación Especial. Cuba: 1998
- 6.Censi Silvia N. Dificultades del lenguaje y aprendizaje en la infancia y adolescencia. Trabajo Científico presentado en el 3° Congreso Provincial de Fonoaudiología La Plata: 2015.
- 7.Azcoaga Juan E. Bello José A. Derman, Berta y otros. Los retardos del lenguaje en el niño. 2da Edición. Barcelona: Paidós 1997.
- 8.Narbona Juan. Chevrie-Muller Claude. El lenguaje del niño. Desarrollo normal, evaluación y trastornos. Barcelona: Masson 1997.
- 9.Donna M Mc Donald- Mc Ginn, Beverly S Emanuel, Elaine H. Zackai. 22q11.2 Deletion Syndrome. 2005 Disponible en <http://www.Genetests.org>
- 10.Ryan A, Goodship J, Wilson D et al Spectrum of clinical features associated with interstitial chromosome 22q11deletions: a European collaborative study J.Med Genet 1997;34:789-804
- 11.Anderson, M Preguntas habituales (FAQ) Velo-Facial-Síndrome, Educational Foundation, Inc. Disponible en <http://vcfsef.org/articles/sp/FAQs.htm>
- 12.DSM_IV Manual de Diagnóstico y estadística de los trastornos mentales, 4ta edición, Barcelona. Editorial MASSON SA, 1995
- 13.DSM V Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ta edición, American Psychiatric Association, Editorial Panamericana, 2014



REGIONAL LA PLATA
del Colegio de Fonoaudiólogos de la Provincia de Buenos Aires



INICIO

¿QUÉ NOS SOMOS?

CONDICIONES DE TRABAJO

LICENCIATURA

NOTICIAS

COMUNICACIÓN

CONTACTO



COLEGIO DE FONOAUDIÓLOGOS
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
C.F.P.B.A.



INICIO PROFESIONAL

El miércoles 27 de septiembre se llevó a cabo el Acto de Matriculación, donde nuevas profesionales juraron su matrícula y obtuvieron su credencial que les habilita para el ejercicio profesional de la Fonoaudiología en todo el territorio Bonaerense.



REGIONAL LA PLATA
Colegio de Fonoaudiólogos
de la Provincia de Buenos Aires

COMIENZO

¿Sabías?
Comienza
SEMINARIO
COGNITIVO

Regional La Plata
Colegio de Fonoaudiólogos
Prov. Bs. As.

¿Cómo contactarnos?

Inicio

¿Qué somos?

Opciones

Información

Notas

Comunidad

Eventos

Notas

¿Quieres más páginas?

Publicaciones



Regional La Plata Colegio de Fonoaudiólogos
Prov. Bs. As.

12 de mayo de 2014

Atendiendo al cliente

Se atienden Fonoaudiólogos

Compartimos con ustedes el trabajo con los datos de contacto para que se comuniquen



FACILITAR

CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL

UNIDAD DE NEUROLOGÍA Y PSICOMOTRICIDAD

UNIDAD DE FISIOTERAPIA Y KINESIOLOGÍA

ANÁLISIS DE LENGUAJE - FONOAUDIOLÓGICA
PSICOMOTRICIDAD - TERAPIA OCUPACIONAL
PSICOPEDAGOGÍA - GIMNASIO TERAPÉUTICO

Organización en La Plata

4.0 ★★★★★ [Comenta ahora](#)

Comunidad

- 1. 1200 personas les gusta esto
- 2. 200 personas siguen esto
- 3. 80 personas lo han visitado

Información



30°4' 500 metros N y 60°
400 La Plata
Tel. 8011.407.0034

Ingresá a nuestro sitio web y a nuestra Fan Page en Facebook
www.cflp.org.ar



Regional La Plata Colegio de Fonoaudiólogos Pcia Bs As.

y enterate de toda la gestión de la Regional



Regional La Plata

Colegio de Fonoaudiólogos de la Provincia de Buenos Aires

Calle 38 N° 1005 entre 15 y 16

La Plata, Provincia de Buenos Aires, República Argentina.

(0221) 427 2234 - (0221) 489-4823

info@cflp.org.ar

Horario de Atención: de lunes a viernes de **10 a 15 hs.**

Si querés ser parte de la próxima edición de la Revista Científica envíanos tu trabajo a revistacientifica@cflp.org.ar