

SIALORREA Y PAUTAS PARA EL CONTROL DEL BABEO



La sialorrea consiste en un exceso de saliva en la cavidad oral, ya sea por aumento de producción, ya por la dificultad en su deglución. (Palau G. y cols, 2004)

Es un fenómeno que entra dentro de la normalidad hasta los niños de 18-24 meses durante el desarrollo neuromuscular oral y se considera patológico a partir de los 4 años. (López Tello C, 2012)

Hoy en día, se están empezando a utilizar otras terapias en este ámbito, con el vendaje neuromuscular o kinesiotaping. Estudios recientes (De Riu, 2009, López Tello et al 2012) muestran su aplicación como técnica para el tratamiento de la sialorrea en niños.

En caso de alteraciones, *Le Métayer* (1996) describe tres formas de babeo debido a la motricidad;

- *Babeo por olas*: El volumen de saliva que se expulsa hacia fuera de la boca es importante. Suele deberse a la apertura exagerada de la boca junto con la protusión de la lengua asociado a la elevación del suelo de la cavidad bucal.
- *Babeo como un hilo continuo*: No existe cierre bucal y a veces se asocian trastornos dentarios, maloclusiones, mordidas. La lengua realiza movimientos de succión insuficientes e ineficaces para reunir la saliva y activar el reflejo deglutorio.
- *Babeo de pequeñas gotas*: La saliva se deposita en cavidad oral y pasa por encima del labio inferior, cuando el nivel de la saliva sube, en casos en los que se elevan los músculos que intervienen en el movimiento de las mejillas (risorio y buccinador principalmente), la saliva sale fuera. También ocurre cuando se inclina la cabeza hacia delante o en determinados movimientos.

La posición de la cabeza, la estabilidad de la mandíbula, el cierre labial y la deglución espontánea son considerados prerequisites para el desarrollo de un correcto control de saliva. De esta manera, niños con un desarrollo motor global alterado pueden presentar anomalías en el desarrollo del control motor oral, lo que influirá negativamente en el desempeño de funciones alimenticias de succión, masticación y deglución, y consecuentemente de control de la deglución de saliva. (López Tello C, 2012)

A menudo encontramos alumnos que tienen un control insuficiente de la musculatura orofacial y que tiene como resultado una excesiva producción de saliva y el consecuente babeo. Generalmente el tratamiento más utilizado para este exceso de saliva, se basa en fármacos, o en ejercitación muscular dentro de la intervención logopédica.

Existen distintas opciones de tratamiento en el manejo de la sialorrea como:

- Entrenamiento de las habilidades para beber y comer, favoreciendo la deglución. Para ello habría que valorar la forma y las funciones estomatognáticas (respiración, deglución, succión, masticación y reposo) antes de realizar la intervención ajustada.

- En casos de hipotonía, se puede realizar una estimulación oro-facial (congelación, frotación, vibración, manipulaciones, ejercicios orales motores/sensitivos)

- Gestión del comportamiento, a veces el babeo va unido a malos hábitos o hábitos lesivos que favorecen el babeo (chupar objetos, succión de dedo...)

- Existe la medicación para la secreción orofaríngea, sería conveniente en trastornos extremos, unidos a ciertas patologías.

- Estimulación y refuerzo a través de praxias y ejercicios para adecuar la musculatura orofacial. En este caso se recomienda un trabajo terapéutico con ejercitación activa y diaria. Según *M. Ferreira (2015)* hay tres grupos de ejercicios:

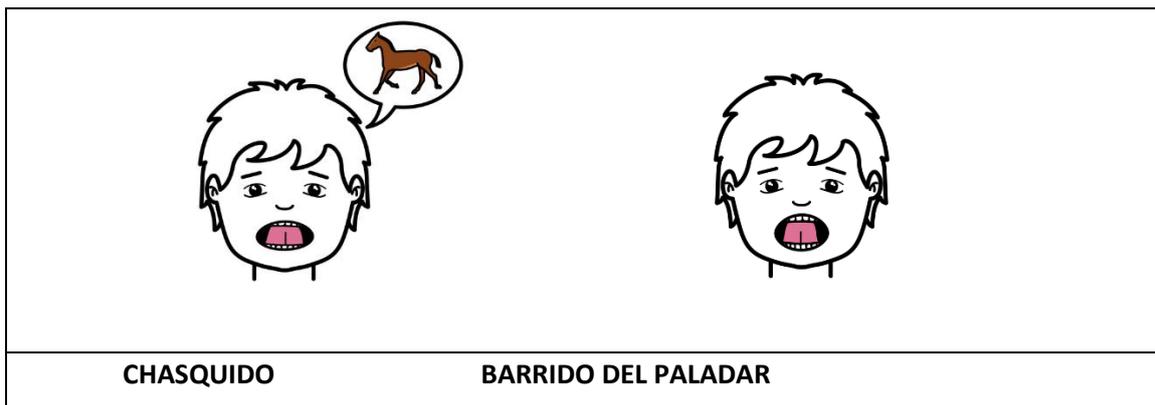
- *Isotónicos/dinámicos*: El objetivo es mejorar la movilidad del músculo y son indicados para aumentar la oxigenación y el aumento de la amplitud del músculo.
- *Isométricos/ estáticos*: Tienen como objetivo aumentar la tonicidad muscular ejecutados manteniendo la contracción de 6 a 8 segundos.
- *Isocinéticos/ resistencia*: Son ejercicios de contra resistencia. Al ejercer resistencia contraria al movimiento, se realizan un trabajo más intenso en la activación de las unidades motoras y consecuentemente, hay un aumento de la fuerza y también de la movilidad.

Para el control del babeo es fundamental trabajar los tres principales grupos musculares:

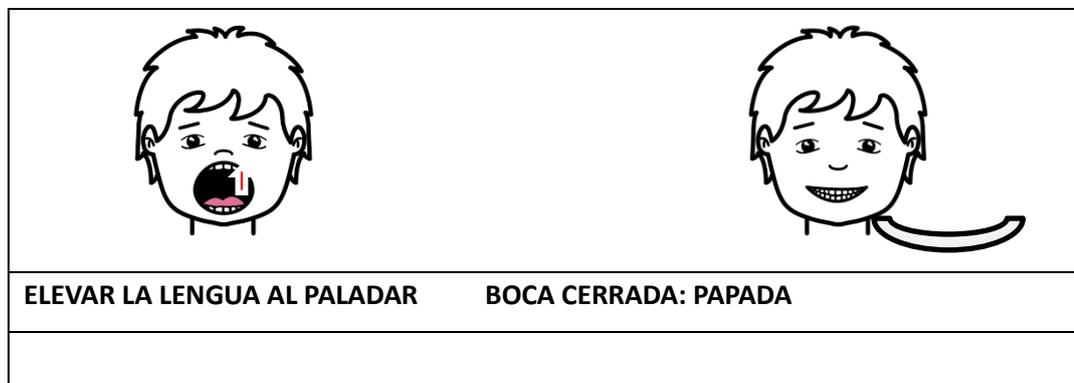
1. Orbicular de los labios: Tiene la función de aproximar y protruir los labios. Para ello se realizan ejercicios para favorecer el sellado labial y la movilidad de los labios



2. Milohioideo: tiene la función de elevar la lengua. Es el que forma realmente el suelo de la boca, el que lo tapiza. Levanta el suelo de la boca en la deglución y eleva el hueso hioides.



3. Digástrico posterior: tiene la función de elevar la laringe y activar el disparo deglutorio.



Hoy en día, se están empezando a utilizar otras terapias en este ámbito, con el vendaje neuromuscular o kinesiotaping. Estudios recientes (De Riu, 2009, López Tello y cols 2012) muestran su aplicación como técnica para el tratamiento de la sialorrea en niños.

Enlazamos unos artículos de interés para ampliar información sobre este tema.

<https://www.elsevier.es/es-revista-fisioterapia-146-articulo-eficacia-del-kinesiotaping-sialorrea-ninos-S0211563812000600>

<https://es.scribd.com/document/358255347/Eficacia-Del-Kinesiotaping-en-La-Sialorrea-en-Ninos-Con-NEE>

<http://www.efisioterapia.net/articulos/posible-nuevo-metodo-reducir-sialorreareducir-sialorrea>

Desde hace unos años, en aquellos casos en los que necesitamos actuar sobre determinados músculos para conseguir una función concretaron la colocación de un esparadrapo elástico adhesivo (bandas de vendaje neuromuscular) en la zona sobre la que se quiere actuar. De este modo se favorece así la función muscular y circulatoria, ofreciendo una estimulación propioceptiva. El control insuficiente de los mecanismos de coordinación de los músculos oro-facial, palato-lingual, y de la cabeza y el cuello, tiene como resultado una excesiva producción de saliva en la parte anterior de la cavidad oral y una pérdida no intencionada de saliva. Parece ser que un control motor oral disfuncional sería responsable del excesivo flujo de saliva a la boca, ya que, aunque hay un músculo principal responsable del cierre de los labios, (orbicular de la boca). El hecho de tragar es un mecanismo complejo que utiliza muchos otros músculos, tanto esquelético (la lengua) como los músculos lisos de la faringe y del esófago.

Se debe de conocer muy bien esta herramienta, así como los aspectos neuromusculares antes de trabajar con estas bandas, que sirven fundamentalmente para:

- Tonificar la musculatura facial en casos de debilidad muscular.
- Conseguir un adecuado cierre labial.
- Reducir la sialorrea (babeo).
- Relajar los músculos laríngeos o faciales en casos de hipertonía o exceso de tono.
- Estabilizar y controlar la mandíbula.
- Aumentar la capacidad inspiratoria y el diámetro torácico (en coordinación con los fisioterapeutas).
- Conseguir un adecuado posicionamiento del cuello (en coordinación con los

fisioterapeutas).

Es importante considerar algunos factores como la severidad y frecuencia de la sialorrea, la irritación de la piel, o la valoración de que el alumno es o no alérgico al vendaje elegido. Es importante informar a las familias sobre el método a aplicar, así como instruirlos para que sean ellos los que coloquen la banda si fuera necesario, los días que no está en el colegio.

Algunas de las aplicaciones más frecuentes del vendaje neuromuscular para reducir el babeo son:

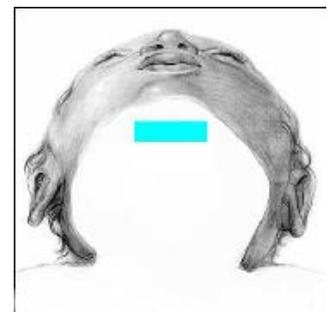
1.- VENDAJES EN LA ZONA SUPRAHIOIDEA



Figura 1.

Los tres tipos de vendaje de las fotografías superiores estimulan la deglución de la saliva, favorecen la posición de la lengua y fortalecen la musculatura bucofacial.

En la Figura 1. En esta aplicación se coloca una tira de vendaje neuromuscular de 4 cm a 5 cm de largo por 1,6 cm a 2cm de ancho colocado encima del hueso hioides. Se utiliza diariamente, retirándose únicamente a la hora de dormir. Es una de las posiciones más utilizada con niños.



En la aplicación del kinesiotaping en la región suprahioidea, se obtiene mejoría en el control de la deglución de saliva, (López Tello C, 2012).

2.- VENDAJES PARA FAVORECER EL CIERRE LABIAL

De este modo favorecemos la contracción del musculo encargado de mantener los labios cerrados y de la protrusión de estos.

Para terminar, es importante señalar que, para que resulte efectivo, el vendaje debe ser aplicado por un terapeuta formado en esta técnica. Requiere de un conocimiento exhaustivo de la anatomía, de la localización y función muscular y, además, hay que tener en cuenta una serie de

contraindicaciones para no crear daños en la piel, sobre todo descartar alergias antes de su administración.



BIBLIOGRAFÍA:

De Ru, E. (2009). *Sialorrea: un posible nuevo método de tratamiento para reducir la sialorrea. Noticias de vendaje neuromuscular.*

González Sánchez, B. R. (2015). Eficacia del vendaje neuromuscular en el tratamiento de la sialorrea en pacientes con trastorno del espectro autista. . *Logopedia, Foniatría y Audiología*, 35:143-146.

Gutiérrez Rosado, V. (2013). Aplicación del Kinesiotape en la Terapia Miofuncional. *Curso de terapia miofuncional*. . Fuengirola.: Fuensocial.

López Tello C, E. G. (2012). Eficacia del kinesiotaping en la sialorrea en niños con necesidades educativas especiales: un ensayo clínico abierto. *Fisioterapia*, 34: 275-81.

Ortega Sánchez- Diezma, P. T. (2013). *Manual del vendaje neuromuscular aplicado a la logopedia*. LMD.

Puyuelo, M. y. (1996). *Logopedia en la parálisis cerebral. Diagnóstico y tratamiento*. Barcelona: Masson.