

Artículo Informe de Caso

Abordaje fonoaudiológico en proceso cicatricial post trauma facial de tejidos blandos: relato de caso clínico

María Celina Malebrán Bezerra de Mello ^{a, *}, Natalia Andrea Cáceres Nova y Paulo Eduardo Damasceno Melo ^b

^a Escuela de Fonoaudiología, Facultad de Odontología y Ciencias de la Rehabilitación, Universidad San Sebastián, Chile.

^b Departamento Ortodontia, Facultad de Odontología, Universidade do Norte do Paraná, Brasil.

RESUMEN

Los traumatismos faciales de tejidos blandos generan cambios en la estructura muscular afectando la ejecución de las funciones del sistema estomatognático y lesiones a nivel tegumentario, dando lugar a formación de tejido cicatricial que restringe la libre movilidad de las estructuras orofaciales. En la literatura especializada, son limitados los reportes en relación con el abordaje fonoaudiológico de estas lesiones; por ello, el objetivo de este estudio es describir el abordaje fonoaudiológico de cicatrices por medio de la terapia miofuncional en un caso de traumatismo facial de tejidos blandos. Fue realizada una evaluación fonoaudiológica de un usuario con traumatismo facial de tejidos blandos en tercio facial inferior, asociado a adherencias y contracciones, que provocaba alteraciones en el sistema estomatognático relacionadas al movimiento, sensibilidad, postura y las funciones de habla, masticación y deglución. Se realizaron 10 sesiones en un periodo de 3 meses, momento en que el usuario manifiesta su satisfacción con la terapia y decide finalizarla. En la evaluación final se evidenció disminución de asimetría labial en reposo y función, mayor amplitud en movimientos labiales y mejillas, adecuada sensibilidad, ausencia de dolor y avances en funciones orofaciales de deglución (selle labial consistente y retención total del alimento), masticación (velocidad adecuada e incisión central) y habla (precisión articulatoria). Los resultados de este caso evidencian que la intervención fonoaudiológica es fundamental en la rehabilitación de traumas faciales y cicatrices.

Palabras clave:

Cicatriz; Terapia Miofuncional; Terapia por Manipulación; Fonoaudiología

Speech-Language Therapy Approach to the Scarring Process after Facial Soft Tissue Trauma: A Clinical Case Report

ABSTRACT

Facial soft tissue trauma can change muscle structure, affecting the functions of the stomatognathic system and causing injuries at the integumentary level, which leads to the formation of scar tissue that restricts the mobility of orofacial structures. Few reports in the specialized literature describe the approach of speech-language therapy to these injuries. Therefore, this study aims to describe the speech-language therapy approach to scarring, using myofunctional therapy, in a case of facial soft tissue trauma. A patient with soft tissue trauma in the lower third of his face was evaluated by speech-language therapy. His injury caused adhesions and contractions, which were associated with disturbances in his stomatognathic system that affected movement, sensitivity, and position, as well as his speaking, chewing, and swallowing functions. The patient attended 10 sessions over 3 months, at which point he expressed his satisfaction with the intervention and decided to end it. The final evaluation showed an improvement in lip symmetry during rest and movement, greater lip and cheek movement amplitude, adequate sensitivity, and absence of pain. Furthermore, progress was observed in orofacial functions related to swallowing (consistent lip seal and complete food retention), chewing (adequate speed and central incision), and speech (articulatory precision). The results of this case show that speech-language therapy intervention is essential in facial trauma and scar rehabilitation.

Keywords:

Cicatriz; Myofunctional Therapy; Manipulative Therapy; Speech-Language Science

*Autor/a correspondiente: María Celina Malebrán Bezerra de Mello
Email: celina.malebran@uss.cl

Recibido: 14-12-2022
Aceptado: 02-11-2023
Publicado: 23-11-2023

INTRODUCCIÓN

La motricidad orofacial corresponde a la especialidad de la fonoaudiología dedicada al estudio, investigación, prevención, evaluación, diagnóstico, desarrollo, habilitación, perfeccionamiento y rehabilitación de los aspectos estructurales y funcionales de las regiones orofaciales y cervicales (Comitê de Motricidade Orofacial da Sociedade Brasileira de Fonoaudiología, 2004).

Desde esa definición, y considerando la diversidad de patologías y disfunciones que pueden afectar al sistema estomatognático, es que, en el transcurso de los años, esta especialidad se ha subdividido en subáreas de actuación fonoaudiológica. Una de ellas es la evaluación e intervención en traumatismo facial, definido como la afectación del complejo dentoalveolar, tejidos blandos y óseos craneofaciales. Dicha afectación puede desarrollarse como un evento aislado o formar parte de una lesión mayor del organismo (Hernández, 2010; Kotecha et al., 2008).

En lo que respecta a las lesiones de tejido blando, estas pueden ser de tipo superficiales o profundas. Las causas más comunes son: caídas, accidentes durante actividades de la vida diaria, accidentes automovilísticos, ataques de animales, accidentes relacionados a actividades recreativas, lesiones autoinfligidas y violencia interpersonal. Este tipo de lesiones afectan a ambos géneros por igual y se observan principalmente alrededor de los 28 años promedio (Braun & Maricevich, 2017; Gassner et al., 2003; Kraft et al., 2012).

Frente a un traumatismo facial, existe una afectación anatomofuncional y déficit estético a largo plazo (Campolo et al., 2017). Ello produce un daño en la imagen corporal, niveles más bajos de autoestima y un impacto social funcional significativo (Levine et al., 2005; Sahni, 2018).

Tras un trauma facial que afecta a tejidos blandos, se desencadena la cicatrización de las lesiones. Ello corresponde al proceso natural de reparación tisular después de un daño ocasionado en la piel, el cual se extiende hasta la dermis reticular (Vincent et al., 2019). Este proceso consta de 3 fases superpuestas: fase inflamatoria (desde el inicio del daño tisular hasta 2-3 días post lesión), fase proliferativa donde inicia la formación del tejido nuevo (2-3 días post lesión hasta 3 a 6 semanas) y la fase de remodelación, que inicia una vez cerrada la herida y comienzo de la maduración del tejido cicatricial, lo cual puede durar un año o más (Lee & Jang, 2018). Este nuevo tejido es diferenciado con relación a la piel no dañada en cuanto a color, grosor, elasticidad, textura y grado de contracción (Andrades et al., 2006).

Para identificar clínicamente el tipo de cicatriz, Rohrich y Robinson, proponen en 1999 la clasificación del proceso cicatricial en normal, patológica e inestética; donde la cicatrización patológica de tipo excesiva, de interés para este estudio, se originaría por una sobreproducción cicatricial, desarrollando cicatrices hipertróficas, contracturas y/o queloides (Rohrich y Robinson, 1999 en Andrades et al., 2006).

Los procesos cicatriciales en los traumas de tejidos blandos provocados por corte, laceración muscular, pérdida de piel y/o tejido muscular producen limitaciones en la movilidad de las estructuras orofaciales, donde la tensión y falta de elasticidad interfieren en la funcionalidad estomatognática (Bianchini, 2014). Es por ello que el abordaje fonoaudiológico en este tipo de lesiones es variado, pues depende de factores, tales como: el tipo de traumatismo facial, la lesión producida, la región afectada y el grado de compromiso de los procedimientos quirúrgicos o conservadores indicados y realizados al usuario (Bianchini, 2014). Para Trawitzki (2009) y Trawitzki et al. (2019), las secuelas que justifican la intervención miofuncional son: rigidez y tensión muscular, dolor presente en reposo y durante movimiento muscular, dolor en articulación temporomandibular y disfunciones en masticación, deglución y habla, incluyendo déficits en la mímica y sensibilidad facial.

En este contexto, el presente reporte de caso tiene como objetivo dar a conocer el quehacer fonoaudiológico en un caso de traumatismo facial de tejidos blandos y el proceso cicatricial resultante. Ello con el propósito de contribuir al conocimiento y desarrollo de esta área de intervención en el país.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este caso clínico, con número del proyecto 142-22, fue declarado exento de revisión por parte del comité de ética de la Universidad San Sebastián. Asimismo, cuenta con un consentimiento informado firmado, representando al usuario, quién permitió la divulgación de su caso.

DESARROLLO

Se presenta a un usuario masculino de 43 años quien sufre un trauma facial de tejidos blandos causado por mordedura humana en tercio facial inferior derecho, cerca del filtrum nasal, y lesión en el surco nasolabial derecho, tras un altercado en la vía pública. El usuario acude a hospital público, donde es admitido por la unidad de urgencias y cirugía.

El informe médico reporta “presencia de herida cortante de bordes irregulares y forma triangular de aproximadamente 3 centímetros, desde la porción derecha del labio superior hasta la región geniana ipsilateral, con exposición de mucosa yugal, procediendo con exhaustivo lavado de la herida, anestesia local y sutura en bordes de herida con Vicryl 4-0”. La atención médica consistió en dos controles posteriores para retiro de puntos de sutura (sin valoración médica del proceso cicatricial), tratamiento farmacológico (cloxacilina de 500 mg. y bacitracina con neomicina 500 U.I 15 gr) y las siguientes indicaciones: aplicación de aceite de argán, aceite de grasa animal (ejemplo emú) o de rosa mosqueta y atención kinesiológica para manejo de cicatriz, la cual no se llevó a cabo en el sistema de salud público.

Luego de 5 semanas del evento y tras presentar dificultades de habla resultantes del trauma, el usuario decidió buscar atención privada de fonoaudiología. En anamnesis, el usuario relata que tareas como comer y cepillado de dientes resultaban difíciles de ejecutar. Además, refiere que cubría constantemente su boca por el impacto negativo que su imagen corporal provocaba debido a la presencia de cicatriz. También, se constatan diversas secuelas en el habla, alimentación, aspectos sociales y emocionales. Relacionado a lo anterior, el usuario menciona preocupación ante la falta de oportunidades laborales por la presencia de esta secuela, pues le dificultaba hablar y sonreír como antes de que ocurriera el trauma.

Evaluación fonoaudiológica inicial

La evaluación fonoaudiológica es documentada con la aplicación de la versión adaptada del Protocolo de Evaluación Miofuncional Orofacial MBGR, del Protocolo de evaluación de habla de Rafael González (apartado de control motor oral y articulación), la Escala numérica analógica del dolor (ENA) y fotografías.

Los hallazgos obtenidos (detallados en la tabla 1) fueron los siguientes: Se observa una cicatriz patológica hiperpigmentada y endurecida en tercio facial inferior derecho, localizada en región labial y geniana. Este tejido se extiende desde la base de orbicular del labio superior (LS), tubérculo, filtro labial, base de ala nasal, cigomático mayor y menor, risorio hasta comisura labial (Figura 1). Además, se determina salud oral deficiente por falta de piezas dentarias en ambas arcadas (estado previo al traumatismo facial), dolor en la zona afectada y disminución en amplitud de movimientos orofaciales, lo que producía disfunción en masticación, deglución, habla y mímica facial.

A partir de la evaluación se estableció el diagnóstico fonoaudiológico de desorden miofuncional orofacial secundario a trauma facial de tejidos blandos causados por mordedura humana.

Por los requerimientos del caso, se realizaron derivaciones a psicología, odontología y dermatología.

Tabla 1. Hallazgos de la evaluación fonoaudiológica inicial.

Aspecto evaluado	Hallazgos
Estructura	<ul style="list-style-type: none"> - Cicatriz hipertrófica en tercio facial inferior, región labial y geniana derecha. Mayor adherencia en filtro y comisura labial (retraída). Edema en región geniana. Mucosa labial externa (MLE) reseca y mucosa labial interna (MLI) inflamada y enrojecida. Asimetría labial en reposo. - Salud oral deficiente, con ausencia de piezas dentarias del cuadrante 1. Oclusión indeterminada.
Movilidad Tonicidad	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultad en protrusión, lateralización y retracción labial. Incapacidad en movimientos de mejillas (inflar, succión) - Reducción en apertura bucal con desvío hacia derecha. - Leve hiperfunción en masetero derecho e hipofunción en orbicular superior de la porción derecha
Sensibilidad Dolor	<ul style="list-style-type: none"> - Nivel de dolor 7-8 (ENA) en filtro, tubérculo labial y región de surco nasogeniano. - Refiere leve pérdida de sensibilidad en labio superior (LS).
Funciones orofaciales	<ul style="list-style-type: none"> - Deglución: selle labial incompleto y escape anterior de líquidos y semisólidos. Leve contracción de mentoniano. - Masticación: patrón masticatorio unilateral preferencial izquierdo, velocidad disminuida, incisión lateral izquierda, cierre labial asistemático. - Habla: apertura bucal y movimiento labial reducido. Impresión en fonemas bilabiales y vocales abiertas. - Mímica: sonrisa y risa asimétricas y de rango reducido.

Intervención fonoaudiológica

En relación con la intervención se priorizó un abordaje basado fundamentalmente en el manejo cicatricial, funciones

estomatognáticas afectadas y concientización del problema. Se inicia el abordaje fonoaudiológico en motricidad orofacial constituido de 1 sesión de frecuencia semanal, con duración de 30 a 45 minutos durante 10 sesiones. Se propone inicialmente una evaluación transterapéutica luego de 5 sesiones para valorar los avances de la terapia. Cada sesión se orientó a trabajar los siguientes pilares terapéuticos:

1. Concientización de la presencia del tejido cicatricial y su interferencia en la ejecución de movimientos requeridos en las funciones orofaciales afectadas: Se informó al paciente sobre el impacto de la cicatriz en la musculatura y funciones de la región facial afectada mediante la concientización de las funciones mediante biofeedback (uso de espejo), recurso utilizado en todo el entrenamiento funcional (Trawitzki et al., 2019).

Tabla 2. Resultados de la evaluación fonoaudiológica transterapéutica y final.

Aspecto evaluado	Hallazgos evaluación	
	Transterapéutica	Final
Estructura	<ul style="list-style-type: none"> - Menor adherencia en comisura labial derecha. - Disminución de edema, resequedad de MLE y enrojecimiento de MLI. - Asimetría labial en reposo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sin edema y enrojecimiento en MLI. Mantiene resequedad de MLE. - Disminuye asimetría labial en reposo.
Movilidad Tonicidad	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor amplitud en protrusión y retracción labial. Logra movimientos de mejillas (inflar, succión) en corto periodo. - Aumenta la apertura bucal (desvío hacia la derecha). - Leve hiperfunción de masetero derecho e hipofunción en orbicular derecho. 	<ul style="list-style-type: none"> - Adecuada amplitud en movimientos de protrusión, retracción labial y de mejillas (inflar, succión). - Adecuada apertura bucal (leve desvío hacia la derecha). - Disminuye hiperfunción de masetero e hipofunción de orbicular derecho.
Sensibilidad Dolor	<ul style="list-style-type: none"> - Nivel de dolor 3-5 (ENA) en filtro, tubérculo labial y de surco nasogeniano. - Refiere mayor sensibilidad en LS. 	<ul style="list-style-type: none"> - No refiere dolor en filtro, tubérculo labial y de surco nasogeniano y adecuada sensibilidad.
Funciones orofaciales	<ul style="list-style-type: none"> - Deglución: selle labial inconsistente y retención total del alimento. Leve contracción de mentoniano. - Masticación: patrón unilateral preferencial izquierdo, velocidad disminuida, incisión preferentemente lateral, cierre labial sistemático. - Habla: aumenta apertura bucal y movimiento labial reducido. Disminuye Impresión articulatoria en fonemas bilabiales y vocales abiertas. - Mímica: sonrisa y risa asimétricas y de mayor amplitud. 	<ul style="list-style-type: none"> - Deglución: selle labial consistente y retención total del alimento. Leve contracción de mentoniano. - Masticación: patrón unilateral preferencial izquierdo, velocidad adecuada, incisión central, cierre labial sistemático. - Habla: Precisión articulatoria en fonemas bilabiales y vocales abiertas. - Mímica: disminución en asimetría de sonrisa y risa asimétricas, mayor amplitud.

2. Masajes de flexibilización cicatricial, disminución/prevenición de adherencia y elongación intra/extraoral (según tolerancia del usuario): Se realizaron masajes de relajamiento de la musculatura orbicular y geniana afectada por la formación cicatricial. Para liberar el tejido cicatricial, propiciar su elasticidad, y por consiguiente, favorecer la movilidad de la musculatura afectada, se utilizó masaje de deslizamiento

profundo intra/extraoral. Para ello, se utilizaron los pulpejos de los dedos indicador y pulgar (en forma de pinza para facilitar la elongación de la cicatriz), sin perder el contacto de la superficie, con fuerte dígito-presión desde centro a extremidades, con un movimiento lento en sentido de las fibras musculares y respetando la cicatriz en toda la extensión (Melo, 2004, 2021; Nunes, 2019). También, se realizó masaje

de fricción para disminuir adherencias cercanas a la comisura labial derecha y filtro labial. Para ello se realizaron movimientos breves, localizados y penetrantes en una dirección circular (Melo, 2021). Para ambos masajes, se propusieron 5 series de 8-10 repeticiones en región geniana y labial. Ambas técnicas se realizaron según tolerancia del usuario, utilizando crema indicada por médico. Respecto a la frecuencia, se solicitó al usuario la ejecución de los masajes y ejercicios 3 veces al día, con la indicación de realizarlas antes de las comidas principales señaladas por el usuario. Ello como facilitador de la movilidad en las funciones relacionadas a la alimentación oral.

3. Abordaje terapéutico de las funciones estomatognáticas afectadas (deglución/masticación/habla) y posición de reposo: Se efectuó el entrenamiento de postura habitual de la mandíbula, labios y lengua. En masticación, se introdujo gradualmente la incisión de alimentos de mayor tamaño y consistencia duras, según tolerancia del paciente. Sin embargo, debido a la condición de salud oral desfavorable, no fue posible modificar el patrón masticatorio. En deglución, se direccionó la terapia hacia la mantención sin esfuerzo del selle labial. En relación al habla, se ejecutaron ejercicios de producción de palabras, priorizando la articulación de vocales abiertas y bilabiales. Ello mediante repetición de palabras, oraciones y relatos de interés, relacionados al ocio y actividad laboral.



Figura 1. Fotografías de la evaluación fonoaudiológica inicial.



Figura 2. Fotografías evaluación inicial, transterapéutica y final.

4. Entrenamiento orofacial y de la mímica facial: Se realizaron ejercicios de tipo isotónicos, uso de placa de resistencia labial, con 5 series de 8 a 10 repeticiones y se realizó inducción de movimientos faciales de risa y sonrisa. Además, el paciente

fue orientado a establecer una rutina diaria de ejercicios seleccionados según la sesión para ejecución en su hogar.

Evaluación de avances

Se realizó una evaluación transterapéutica y final para evidenciar avances y percepción del usuario según el problema consultado en comparación con la evaluación inicial (ver Tabla 2).

En evaluación final, se evidencia una cicatriz de aspecto rosado y un aumento en la flexibilidad del tejido, disminución en la adherencia a nivel de comisura labial y en menor grado, en tubérculo labial (figura 2). Aumenta simetría en surco nasolabial y labio superior en reposo y en funciones orofaciales. Se observa selle labial más sistemático, aumenta apertura bucal y velocidad en masticación, logrando incisión central. La trituración continua con dientes posteriores de lado izquierdo (dificultado por ausencia de piezas dentarias mencionado anteriormente).

Respecto a las apreciaciones del usuario, informa que puede comer mayor variedad de alimentos y diferentes consistencias y que no quedan restos de estos en el vestíbulo. No refiere dolor al tacto y aumenta sensibilidad en labio superior, mencionando picor en ocasiones. Respecto al habla, señala que siente menos tensión y eso lo ayuda a hablar mejor, lo cual impacta positivamente en su autoestima, en comunicarse y en la motivación en el ámbito laboral. Informa sentirse satisfecho con los resultados y que no continuará con las sesiones terapéuticas por incompatibilidad horaria de su trabajo. En total se realizan 10 sesiones fonoaudiológicas. En un intento de ofrecer continuidad del tratamiento y potencializar sus logros, se planifica un seguimiento fonoaudiológico mensual. Sin embargo, el usuario no participa de este proceso reiterando su satisfacción con los logros obtenidos en la terapia. Respecto a las derivaciones realizadas, el usuario refiere que no ha logrado atención con los especialistas sugeridos.

COMENTARIOS DE LOS AUTORES

Los resultados de la terapia realizada indican que, aunque trabajar la musculatura no constituye el objetivo principal de la intervención terapéutica, su abordaje resulta ser un componente esencial para mejorar la dinámica del movimiento requerido en las funciones estomatognáticas. Esto debido a que, el trabajar las funciones de los músculos orofaciales, permite preservar y/o promover la elasticidad de la cicatriz, evitando la retracción y adherencia de esta, lo que podría ocasionar una disminución en la movilidad de las funciones estomatognáticas relacionadas. Por su parte, cuando no existe una intervención directa para detener el desarrollo del proceso de cicatrización patológica, suele producirse un deterioro en la musculatura involucrada en estas funciones (Melo, 2019).

La intervención fonoaudiológica presentada fue planificada en base a metas terapéuticas, cuyos objetivos fueron fundamentados en la literatura existente, la que plantea la necesidad de recuperar los movimientos y las funciones del sistema estomatognático según cada caso (Trawitzki et al., 2019) y mantener la elasticidad del tejido cicatricial y prevenir contracciones (Melo, 2021). Ello con el propósito de garantizar la movilidad de la musculatura orofacial implicada en las funciones estomatognáticas perjudicadas.

En primer lugar, se trabajó en intervenir la cicatriz para lograr la simetría labial en reposo y la función relacionada. Ello mediante técnicas de maniobras manuales del tipo deslizamiento profundo y masaje de fricción, considerando también que las estrategias de autopercepción y automatización de la postura habitual de labios. Dicha intervención favoreció la simetría, con resultados directos en la estética facial y función labial en la dinámica de las funciones estomatognáticas del usuario.

Además, se utilizó la acción muscular mediante la ejecución de funciones estomatognáticas motoras adaptativas clasificadas por Douglas (2002) para aumentar la resistencia muscular promoviendo la amplitud de movimiento. Los resultados positivos de esta intervención se observan claramente en la comparación de los registros fotográficos transterapéuticos y finales, demostrando un aumento en la amplitud en el movimiento de mejillas y de protrusión/retracción labial.

Con relación a los resultados a nivel de la función, se constató que en deglución, el paciente consiguió un selle labial más competente. Cabe señalar que si bien se observó una mejoría de la función masticatoria, específicamente en velocidad, cierre labial sistemático y ejecución de incisión central, mantuvo un patrón unilateral preferente debido a la condición dental deficiente previa al trauma facial. Con respecto al habla, el entrenamiento de fonemas bilabiales tuvo impacto positivo en la precisión articulatoria. Es importante destacar que la imposibilidad del usuario para acceder a servicios multidisciplinarios, considerando otros especialistas para un trabajo integral en el manejo del trauma facial se consideró una de las limitaciones para optimizar la intervención fonoaudiológica.

Las intervenciones y la frecuencia de los ejercicios indicados en la terapia, que comenzó 5 semanas después del trauma, influyeron positivamente en la flexibilización de la cicatriz. Dichos resultados concuerdan con lo establecido por Vincent et al. (2019) quienes señalan que el masaje regular que inicia 3 o más semanas después de la cirugía puede ayudar a suavizar las cicatrices faciales y prevenir hipertrofia y contractura. Los resultados

favorables del abordaje fonoaudiológico en manejo cicatricial presentados en este estudio demuestran que resultó ser un tratamiento conservador apropiado. Ante lo expuesto, se hace evidente que para planificar la intervención no solo se debe considerar aspectos anatomofuncionales del sistema estomatognático, sino que también de estrategias de intervención en las funciones orofaciales y manejo cicatricial.

Es importante destacar que se consideró necesaria la continuidad de la intervención terapéutica como seguimiento para prevenir retracciones y adherencias del tejido, considerando que la etapa de remodelación cicatricial tiene una duración de un año o más. Por lo tanto, el seguimiento del caso durante todo este periodo era importante para verificar la mantención de los logros obtenidos y la evolución relacionada a probables restricciones de movimiento desde la óptica fonoaudiológica. Sin embargo, por presentar incompatibilidad de horarios y al sentirse mejor luego de la intervención, el usuario abandonó el plan terapéutico.

En la literatura, los estudios son limitados en relación con el abordaje fonoaudiológico en traumatismos faciales (Cámara et al., 2023), y son escasos aquellos que describen los efectos de la terapia fonoaudiológica en procesos cicatriciales en traumatismos faciales de tejidos blandos. Es por ello que consideramos importante difundir este trabajo por la particularidad del caso, sus resultados y la relevancia de la intervención fonoaudiológica en cicatrices. Los resultados de este trabajo se encuentran en línea con los resultados favorables observados previamente en estudios que miden la efectividad del manejo fonoaudiológico en procesos cicatriciales.

Por ejemplo, Clayton et al. (2015) refieren algunos estudios con relación al manejo cicatricial en etiología variada a nivel internacional en contractura post quemaduras orofacial, utilizando un régimen combinado de ejercicios y alongamientos activos, demostrando mejoras significativas en la amplitud de abertura bucal. Por su parte, un estudio de Bianchini et al. (2004) en traumatismos maxilofaciales, aplicó un protocolo de tratamiento enfocado en movilidad mandibular, preparación de la musculatura con termoterapia, masajes, alongamientos y maniobras específicas, simetría postural y estabilidad funcional; concluyendo la intervención fonoaudiológica como un tratamiento conservador en estos casos.

En Chile, Pavez (2018) describió en su estudio de terapia miofuncional en quemaduras orofaciales de segundo y tercer grado que el uso de ejercicios orofaciales activos, técnicas de manipulación digital y masoterapia incrementan la apertura bucal tanto vertical como horizontal, la movilidad en expresión facial y

disminución de la autopercepción de retracción tecidual. Guzmán & Rimassa (2021) en estudio de caso en trauma craneofacial de tejidos blandos describen el uso mixto de técnicas de motricidad orofacial, incluyendo masajes de equilibrio muscular, manipulación digital de cicatrices, entrenamiento funcional y ejercicios orofaciales activos, presentando mejoras significativas.

En relación con las limitaciones del estudio, podemos mencionar que la duración del tratamiento fue restringido, por lo que no se pudo acompañar al usuario durante toda la evolución del proceso de maduración del tejido cicatricial. Ello no permitió alcanzar la totalidad de los objetivos fijados inicialmente en el plan terapéutico fonoaudiológico. Dichos objetivos consideraban continuar favoreciendo la elasticidad de la cicatriz para prevenir contracciones y garantizar la adecuada ejecución de las funciones orofaciales. Sin embargo, como se señaló previamente, el usuario decidió terminar el proceso tempranamente. Ello debido a que se sentía a gusto con los objetivos logrados, comentando que la calidad de su vida cambió positivamente con la intervención fonoaudiológica.

Otra limitación del presente estudio se relaciona con los instrumentos de evaluación inicial y transterapéutica. En este caso clínico, no se aplicaron escalas de medición de la cicatrización, solo se utilizó la observación fonoaudiológica para caracterizar la cicatriz. Sin embargo, la literatura describe a dos escalas médicas de evaluación de la cicatrización, Patient and observer scar assessment scales (POSAS) y la Vancouver Scar Scale (VSS). Ambas incluyen observaciones sobre la apariencia de la cicatriz, con una valoración subjetiva. Sin embargo, dichas escalas requieren entrenamiento para su aplicación. Además, estas escalas son utilizadas principalmente en pacientes que sufrieron quemaduras, no obstante, no puntúan las alteraciones miofuncionales orales encontradas en estos pacientes (Magnani et al., 2019). Es por ello que los resultados aquí descritos son observacionales y cualitativos, llevando en consideración la autopercepción del usuario y lo que lo motivó a buscar ayuda fonoaudiológica. Asimismo, consideramos la satisfacción auto referida por el usuario asociado a su percepción, son indicadores de éxito de la terapia. Sin embargo, consideramos que sistematizar la aplicación de instrumentos objetivos nos entregaría resultados posibles de mensurar en los avances cuantitativos.

Una última limitación se relaciona a las derivaciones realizadas a otros profesionales y red interdisciplinaria de atención. El usuario fue derivado a odontología y dermatología, debido a sus alteraciones y el impacto que estas causaban en las funciones estomatognáticas. Sin embargo, el usuario, quien estaba vinculado a Fonasa, experimentó dificultades de acceso para

evaluarse con estos profesionales por lo que no logró completar la derivación. Al abandonar tempranamente el tratamiento fonoaudiológico, se perdió, además, la oportunidad de enfatizar la importancia del tratamiento dental para mantención de los logros obtenidos en la terapia fonoaudiológica.

CONCLUSIONES GENERALES

El trabajo presentado demuestra que es fundamental documentar, describir, demostrar y difundir que el manejo en traumatismos faciales requiere de un abordaje interdisciplinario, el que debe incluir al fonoaudiólogo especialista en motricidad orofacial con una participación activa en el equipo interdisciplinario, ya que es un profesional esencial en el proceso de rehabilitación.

Además, los resultados presentados muestran que en casos de trauma facial y su respectiva cicatrización en fase aguda, donde no hay afectación de musculatura, el fonoaudiólogo debe considerar un tratamiento que no necesariamente dependa del entrenamiento exclusivamente muscular. Más bien, la intervención fonoaudiológica debe centrarse en la terapia manual sobre este tejido cicatricial con la finalidad de promover la elasticidad y disminuir adherencia del tejido para evitar consecuencias musculares de disminución de tamaño, movilidad y fuerza para la ejecución de funciones estomatognáticas.

Cabe señalar que los resultados de este estudio no son generalizables, siendo particulares al caso presentado. Sin embargo, debido a que los resultados de la intervención fonoaudiológica precoz en trauma facial de tejidos blandos de etiología específica y su respectivo proceso cicatricial fueron positivos, se proyecta que puedan ser desarrollarse nuevos estudios que profundicen esta línea.

Finalmente, con este trabajo se espera contribuir a la comunidad médica-terapéutica de nuestro país al dar a conocer esta área de acción fonoaudiológica y el impacto positivo que brinda a los y las usuarias que ven mermada su funcionalidad del sistema estomatognático en diversos grados por las secuelas resultantes de un trauma facial. Ello con el subsecuente impacto en su actividad y participación en variados contextos.

REFERENCIAS

Andrades, P., Benítez, S., & Prado, A. (2006). Guidelines for the treatment of keloids and hipertrophic scars. *Revista chilena de cirugía*, 58(2), 78–88. <https://doi.org/10.4067/S0718-40262006000200003>

Bianchini, E. (2014). Evaluación miofuncional orofacial en traumatismo facial. En F. Susanibar, I. Marchesan, D. Parra, & A. Dioses (Eds.), *Tratado de Evaluación de Motricidad Orofacial y áreas afines* (pp. 581–601). EOS.

Bianchini, E., Mangilli, L., Marzotto, S. R., & Nazário, D. (2004). Pacientes acometidos por trauma de face: Caracterização, aplicabilidade e resultados do tratamento fonoaudiológico específico. *CEFAC*, 6(4), 388–395.

Braun, T. L., & Maricevich, R. S. (2017). Soft Tissue Management in Facial Trauma. *Seminars in Plastic Surgery*, 31(2), 73–79. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1601381>

Câmara, G. O., Mangilli, L. D., Sassi, F. C., & Andrade, C. R. F. D. (2023). Sistema miofuncional orofacial e trauma de face: Revisão crítica da literatura. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 29, 151–158. <https://doi.org/10.5935/2177-1235.2014RBCP0025>

Campolo, A., Mix, A., Foncea, C., Ramírez, H., Vargas, A., & Goñi, I. (2017). Management of facial injuries in the emergency room. *Revista médica de Chile*, 145(8), 1038–1046. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872017000801038>

Clayton, N., Ward, E., & Maitz, P. (2015). Orofacial contracture management outcomes following partial thickness facial burns. *Burns: Journal of the International Society for Burn Injuries*, 41(6), 1291–1297. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2015.02.015>

Comitê de Motricidade Orofacial da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (Ed.). (2004). *Motricidade Orofacial: Como atuam os especialistas*. Editorial Pulso. <https://www.amazon.com/MOTRICIDADE-OROFACIAL-COMO-ATUAM-ESPECIALISTAS/dp/858989214X>

Douglas, C. R. (2002). *Tratado De Fisiologia Aplicada É Fono Audiologia*. Editorial Robe.

Gassner, R., Tuli, T., Hächl, O., Rudisch, A., & Ulmer, H. (2003). Cranio-maxillofacial trauma: A 10 year review of 9543 cases with 21067 injuries. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*, 31(1), 51–61. [https://doi.org/10.1016/S1010-5182\(02\)00168-3](https://doi.org/10.1016/S1010-5182(02)00168-3)

Guzmán, D., & Rimassa, C. (2021). Orofacial motricity and use of mixed techniques in a cranio-facial trauma: A case report. *Revista CEFAC*, 23, e0521. <https://doi.org/10.1590/1982-0216/20212320521>

Hernández, R. (2010). Manejo del trauma facial: Una guía práctica. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 21(1), 31–39. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(10\)70503-4](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(10)70503-4)

Kotecha, S., Scannell, J., Monaghan, A., & Williams, R. W. (2008). A four year retrospective study of 1,062 patients presenting with maxillofacial emergencies at a specialist paediatric hospital. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 46(4), 293–296. <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2007.11.011>

Kraft, A., Abermann, E., Stigler, R., Zsifkovits, C., Pedross, F., Kloss, F., & Gassner, R. (2012). Craniomaxillofacial Trauma: Synopsis of 14,654 Cases with 35,129 Injuries in 15 Years. *Craniomaxillofacial Trauma & Reconstruction*, 5(1), 41–49. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1293520>

Lee, H. J., & Jang, Y. J. (2018). Recent Understandings of Biology, Prophylaxis and Treatment Strategies for Hypertrophic Scars and Keloids. *International Journal of Molecular Sciences*, 19(3), Article 3. <https://doi.org/10.3390/ijms19030711>

- Levine, E., Degutis, L., Pruzinsky, T., Shin, J., & Persing, J. A. (2005). Quality of Life and Facial Trauma: Psychological and Body Image Effects. *Annals of Plastic Surgery*, 54(5), 502. <https://doi.org/10.1097/01.sap.0000155282.48465.94>
- Magnani, D. M., Sassi, F. C., Vana, L. P. M., & Andrade, C. R. F. de. (2019). Correlação entre escalas de avaliação da cicatrização e as alterações miofuncionais orofaciais em pacientes com queimaduras de cabeça e pescoço. *CoDAS*, 31, e20180238. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20182018238>
- Melo, P. (2004). Atuação fonoaudiológica em pacientes com sequelas de queimaduras. En Comitê de Motricidade Orofacial da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (Ed.), *Motricidade Orofacial: Como atuam os especialistas* (pp. 277–279). Editorial Pulso. <https://www.amazon.com/MOTRICIDADE-OROFACIAL-COMO-ATUAM-ESPECIALISTAS/dp/858989214X>
- Melo, P. (2021). Pacientes quemados: Intervención fonoaudiológica. En A. Machado, M. del Campo Rivas, & A. Silva Ríos (Eds.), *Textos de actualización en Fonoaudiología: Perspectivas del desarrollo disciplinar* (pp. 56–64). Editorial Universidad Santo Tomás.
- Melo, P. (2019). *Curso de abordaje fonoaudiológico en procesos cicatriciales patológicos y sus relaciones con las funciones estomatognáticas (quemados, fisurados y traumas de la face), Nivel I* [Capacitación].
- Nunes, P. (2019). Queimados de cabeça e pescoço-avaliação e tratamento. En H. Justino Da Silva (Ed.), *Tratado de motricidade orofacial* (pp. 781–786). Editorial Pulso.
- Pavez, A. (2018). Terapia miofuncional en quemaduras orofaciales de segundo y tercer grado. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, 17, 1–16. <https://doi.org/10.5354/0719-4692.2018.51613>
- Sahni, V. (2018). Psychological Impact of Facial Trauma. *Craniomaxillofacial Trauma & Reconstruction*, 11(1), 015–020. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1603464>
- Trawitzki, L. (2009). Avaliação e reabilitação fonoaudiológica nos traumas da face. En C. M. de Felício & L. Trawitzki (Eds.), *Interfaces da medicina, odontologia e fonoaudiologia no complexo cérvico-craniofacial*. Editorial Pró-fono. <https://repositorio.usp.br/item/002911462>
- Trawitzki, L., Pissinatti, C., & Grechi, T. (2019). Traumas de face -avaliação e tratamento fonoaudiológico. En H. Justino Da Silva, A. Tessitore, A. Rodrigues, D. Andrade, G. Berrentin-Felix, & I. Marchesan (Eds.), *Tratado de motricidade orofacial* (pp. 645–654). Editorial Pulso.
- Vincent, A. G., Kadakia, S., Barker, J., Mourad, M., Saman, M., & Ducic, Y. (2019). Management of Facial Scars. *Facial Plastic Surgery: FPS*, 35(6), 666–671. <https://doi.org/10.1055/s-0039-3401642>