

Trastornos del lenguaje

S. Aguilera Albesa*, C.E. Orellana Ayala**

*Pediatra y Especialista en Neurología Pediátrica. Unidad de Neuropediatría. Departamento de Pediatría. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

**Pediatra y Especialista en Neurología Pediátrica, Unidad de Neurología, Electrofisiología y Desarrollo (UNED), Guatemala



Resumen

El abordaje de un niño con retraso del lenguaje es habitualmente un reto para el pediatra de Atención Primaria. Requiere formación específica y manejo multidisciplinar, e incluye desbridar los componentes del lenguaje expresivo, la comprensión, los factores etiológicos y la realización de un diagnóstico diferencial amplio. Es preciso conocer que en el 10-14% de los niños menores de 6 años, el lenguaje vendrá retrasado. De estos, dos terceras partes corresponderán a retraso articulatorio y retraso simple del lenguaje, que presentarán una evolución favorable. A partir de la etapa escolar, quedará un 4% de niños con patología del lenguaje de naturaleza diversa: el 0,3% tendrá un déficit instrumental de audición o de los órganos fonoarticulatorios, el 2,2% presentará discapacidad intelectual y/o trastorno del espectro del autismo, y el 1,5% de esta población escolar tendrá una disfasia.

A pesar de la complejidad del diagnóstico, el pediatra de Atención Primaria dispone de las herramientas iniciales idóneas para realizar un abordaje escalonado del problema y debe ser capaz de coordinar a los especialistas implicados en la evaluación y seguimiento de estos niños.

Abstract

The delay of the language development in a child is a frequent challenge for the general paediatrician. Language disorders require specialized training and a multidisciplinary approach, because there is a difficulty to debride the various components of language, the factors involved in its pathogenesis and to make an appropriate differential diagnosis. The speech and language comes delayed in 10-14% of children under the age of six years. Of these, two-thirds correspond to articulatory delay and simple delay of language, with a favourable outcome. From the school stage there is 4% of children with diverse language pathology: 0.3% has a deficit of the phonological and articulatory organs, 2.2% present with mentally retardation or autistic spectrum disorder, and 1.5% of the school population has a specific language development disorder. The paediatrician has the adequate tools to carry out a step approach to the problem and also has the role of coordination with professionals implied in the evaluation and follow-up of children with speech and language disorders.

Palabras clave: Desarrollo del lenguaje; Disfasia; Hipoacusia; Trastornos del habla.

Key words: Language development; Dysphasia; Deafness; Speech disorder.

Pediatr Integral 2017; XXI (1): 15–22

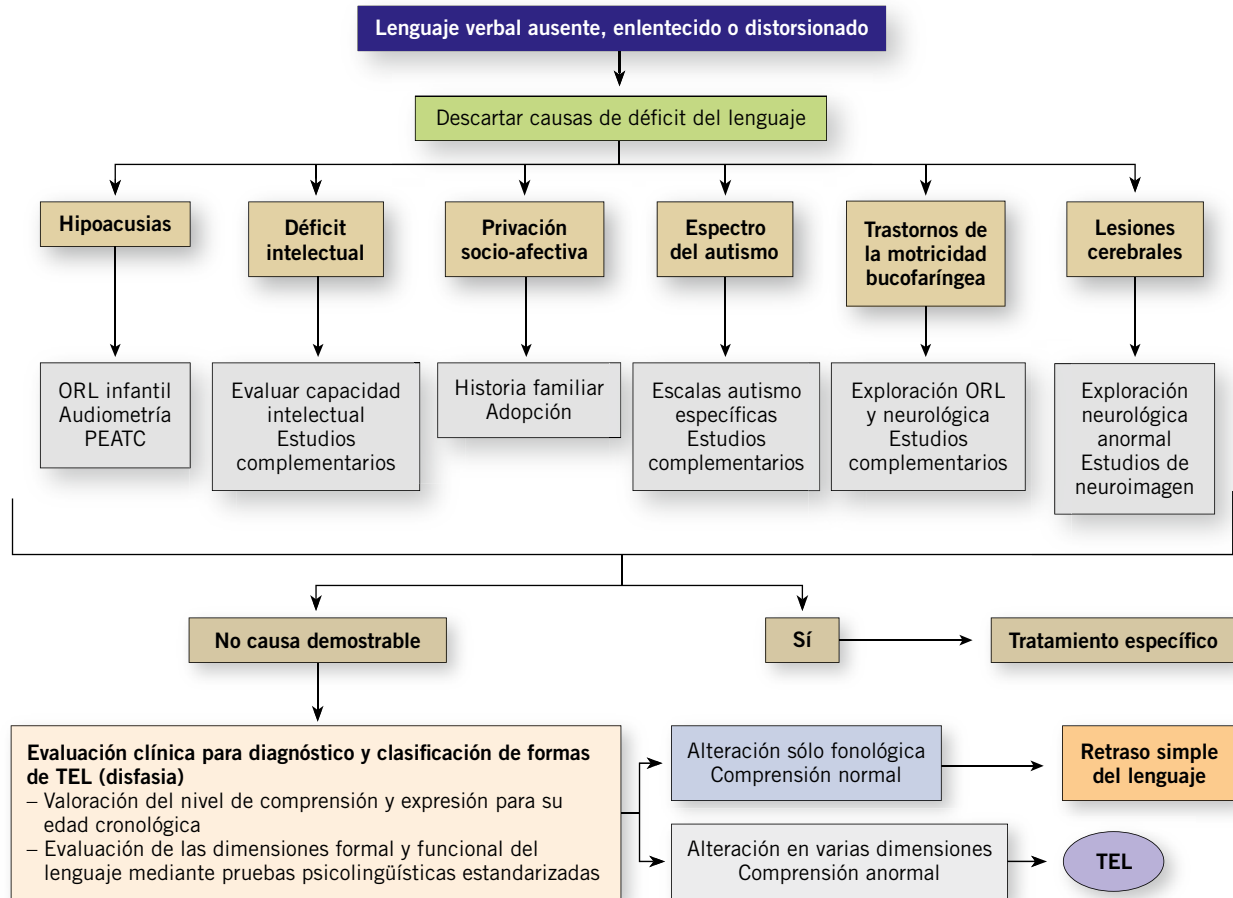
Introducción

La heterogeneidad de los trastornos del lenguaje y su evolución durante los primeros años de vida, suponen un reto para el pediatra. Es importante conocer la evolución natural del lenguaje en el niño para orientar la evaluación inicial ante un posible trastorno, no demorar el diagnóstico ni la intervención temprana, considerando que con la implementación de las medidas de intervención tenderá a la mejoría de su pronóstico general.

Los trastornos del lenguaje configuran un grupo de patologías muy diversas en relación con su origen, evolución y, por tanto, con diferente tratamiento y pronóstico. Se caracterizan por un déficit en la comprensión, en la producción y en el uso del lenguaje^(1,2). El pediatra de Atención Primaria se enfrenta a un reto en cada paciente con retraso del lenguaje, pero es el profesional que dispone de las herramientas iniciales idóneas para realizar un abordaje escalonado del

problema y debe ser capaz de coordinar a los especialistas implicados en la evaluación y seguimiento de estos niños.

Existen numerosos protocolos de abordaje multidisciplinar, que incluyen a pediatra, neuropediatra, psicólogo, logopeda y educadores, y que contribuyen a descartar procesos intercurrentes o crónicos que influyan en el desarrollo del lenguaje. En la figura 1, se propone un esquema de diagnóstico diferencial, según nuestra experiencia.



TEL: trastorno específico del desarrollo del lenguaje.

Figura 1. Esquema diagnóstico en los trastornos del lenguaje (TEL: trastorno específico del desarrollo del lenguaje).

En este capítulo, se pretende realizar una revisión de los trastornos del lenguaje, dividiéndolo en tres apartados fundamentales:

1. Características evolutivas del lenguaje normal y su aprendizaje desde los primeros meses de vida hasta la adolescencia (Tablas I y II)⁽¹⁻³⁾.
2. Clasificaciones más utilizadas en la codificación de los trastornos del habla y del lenguaje.
3. Trastornos del lenguaje más relevantes, siguiendo la clasificación de Chevrie-Muller y Narbona, 2001 (Tabla III)⁽¹⁾.

Desarrollo del lenguaje

El conocimiento adecuado del desarrollo normal del lenguaje y de las diferentes dimensiones lingüísticas, permitirá entender mejor la expresividad clínica de su alteración.

Cronología del desarrollo normal del lenguaje

En la tabla I, se muestra el desarrollo del lenguaje típico, teniendo en cuenta que existen variaciones entre individuos y desviaciones influenciadas por el entorno sociocultural⁽¹⁾. En la tabla II, se detallan los subcomponentes del aprendizaje del lenguaje, esenciales para comprender la forma de aprender un idioma en un entorno natural⁽³⁾.

En todo aprendizaje humano, existen dos formas predominantes de aprender:

1. Aprendizaje declarativo: implicado en aprender conceptos, hechos y eventos. Es rápido y depende de una sola exposición. La adquisición de la memoria declarativa –episódica, semántica, depende del lóbulo temporal medial (regiones hipocámpicas y adyacentes). Ejemplo: mapeo rápido visual-verbal, imagen y palabra que le corresponde.

2. Aprendizaje procedimental o no declarativo: implicado en la adquisición de habilidades y hábitos, tanto verbales como motores. Es lento y gradual, basado en la repetición ensayo-error. Este tipo de aprendizaje depende del estriado o circuito de recompensa. Se divide a su vez en:
 - Secuencial: repeticiones de palabras o acciones motoras, secuencias verbales, aprendizaje estadístico (Tabla II).
 - No secuencial: contextual, visuo-motor, de seguimiento, aprendizaje por recompensa positiva o negativa.

Dimensiones del lenguaje y su alteración

El lenguaje es un código, un sistema de signos para comunicarse y representar la realidad. Se puede dividir en dos dimensiones principales: la estructural o formal, que incluye: fonología, mor-

Tabla I. Cronología del lenguaje normal

Estadios prelingüísticos	
0-2 meses	Producción de vocalizaciones reflejas y sonidos vegetativos (arrullos, bostezos, suspiros)
1-4 meses	Producción de sílabas arcaicas: sílabas arcaicas, secuencias fónicas, imitación de melodías y sonidos del adulto, aumento de vocalizaciones por el refuerzo social
3-8 meses	Balbuceo rudimentario: mayores frecuencias de voz, sonidos graves (gruñidos), muy agudos (chillidos)
5-10 meses	Balbuceo canónico: sílabas consonante-vocal idénticas (mamama, papapa) y sucesivas (patata)
9-18 meses	Balbuceo mixto: sílabas y palabras, adquieren significado a partir de los 12-15 meses
Desarrollo del sistema fonológico, léxico, morfosintáctico y metalingüístico	
12-24 meses	Expansión del léxico, una palabra cada vez, sustantivos, sentido global con sobre-generalización (holofrases)
24-36 meses	Asociación de dos o más palabras, entonación, orden sustantivo-verbo-adjetivo
3-4 años	Dominio de la estructura fundamental de la lengua materna, oraciones con "qué", vocabulario hasta 600-1.000 términos
4-6 años	Desarrollo de las funciones pragmáticas y metalingüísticas, vocabulario en expansión, gramática completa, forma expresiva madura

Tabla II. Subcomponentes del aprendizaje del lenguaje

Sonidos del habla
- Fonemas: unidad mínima que cambia el significado de una palabra. No son universales entre diferentes lenguas. El niño debe aprender a producir diferentes fonemas dentro de los límites del idioma en el que habla
Fonología
- Palabras: los fonemas se secuencian para formar palabras, dependiendo de las combinaciones permisibles de cada idioma, que extraen de forma implícita durante el aprendizaje (<i>fonotáctica</i>)
Vocabulario
- Aprendizaje del significado de una palabra (comprensión): conexiones arbitrarias entre secuencias de sonidos y un concepto (<i>mapeo</i>). Se aprende de forma implícita en contexto ambiental de discurso ininterrumpido, no palabra a palabra
- Recursos de aprendizaje implícito de una palabra durante discurso (<i>pistas</i>): transiciones entre fonemas, posición en una frase, límites de entonación
- Tras el aprendizaje: uso en lenguaje expresivo y escrito
Sintaxis
- Aprendizaje estadístico: habilidad para extraer <i>regularidades estadísticas</i> en el discurso natural, ecológico, clave para el aprendizaje de una lengua y sus límites gramaticales
- Desde el primer año de vida, se comprenden mejor los pares de sílabas que se repiten juntas muchas veces (mayor probabilidad) que de forma aislada, en contextos naturales
Pragmática
- El uso del lenguaje depende: hablado o escrito, tipo de interlocutor y contexto

fología y sintaxis; y la funcional, que implica: al uso cognitivo o semántico (extraer el significado de lo hablado) y al uso pragmático (poner en el contexto adecuado). Además, se pueden distin-

guir los procesos de comprensión (descodificación o recepción) y de expresión (codificación). Sin embargo, para que el desarrollo verbal tenga lugar, son imprescindibles los instrumentos de

audición y de motricidad fonoarticulatoria, además del desarrollo de habilidades cognitivas e intelectuales^(2,4).

Estos conceptos son básicos para orientar la anamnesis ante un problema del lenguaje. Se debe preguntar a la familia y al entorno escolar si predomina una alteración de la expresión (pronunciación, sintaxis) o, además, hay una baja comprensión, lo que puede en edades muy tempranas llevar a interpretar las conductas sociales como autísticas. El lenguaje alterado puede afectar a la expresión solamente o, también, a la comprensión. No se debe olvidar que todas estas vertientes del lenguaje deben ser evaluadas en su conjunto y teniendo en cuenta la edad del niño, su entorno sociocultural y su capacidad intelectual y de aprendizaje social, motor y cognitivo.

Aspectos formales del lenguaje

Fonología: discriminación y programación fonológica

El nivel fonológico es el primer nivel de organización del lenguaje, que se adquiere entre los dos y los cuatro años. Hasta los cinco años, es normal tener dificultades en sílabas complejas (pla, fri, gru) y la pronunciación de los fonemas vibrantes simples /r/ y complejos /rr/ puede estar retrasada de forma fisiológica hasta los seis. El proceso de descodificación del habla tiene lugar en el área de Wernicke (en el 86% de la población) y en la expresión trabajan el hemisferio izquierdo (en diestros y en un porcentaje de los zurdos), los ganglios basales y el cerebelo. El análisis fonológico tiene lugar en ambos hemisferios cerebrales (izquierdo para fonemas y palabras; derecho para entonación y acento)^(1,3,4).

Las alteraciones fonológicas se pueden manifestar de formas muy variadas. Por ejemplo, en el retraso simple del lenguaje, aparecen reducciones y simplificaciones fonológicas. El niño realiza omisiones ("ápi" por lápiz), sustituciones ("tôte" por coche) y asimilaciones ("nane" por grande). Sin embargo, en los trastornos del desarrollo del lenguaje (TEL) o disfasias, se añade una desorganización y una distorsión fonológicas (Tabla IV). Los niños con TEL presentan dificultades para percibir y discriminar los sonidos y el orden en que han sido emitidos, de

Tabla III. Clasificación clínica de los trastornos del habla y del lenguaje en el niño, basado en Chevrie-Muller y Narbona 2001

<p>Trastornos secundarios a déficits instrumentales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Déficit auditivo - Déficit mecánico y articulatorio: <ul style="list-style-type: none"> • Disglosias (anatómico): malformación velopalatina, labial, lingual, laríngea, maxilodentaria • Disartrias (motor): síndrome pseudobulbar aislado, parálisis cerebral, distrofias musculares, parálisis congénita, enfermedades progresivas
<p>Trastornos de habla y lenguaje</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno de la pronunciación: dislalias - Trastornos del ritmo y de la fluencia: tartamudeo, farfullero - Trastornos específicos del desarrollo del lenguaje (disfasias): expresivas o mixtas - Afasias adquiridas durante el desarrollo: <ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de afasia-epilepsia (Landau-Kleffner) • Afasia infantil por lesión hemisférica unilateral
<p>Trastornos psicolingüísticos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno específico de la pragmática y semántico-pragmático - Trastornos del espectro autista: autismo infantil, Asperger, trastornos autistas no especificados, trastorno desintegrativo infantil - Carencias socioafectivas en edad temprana - Mutismo selectivo - Deficiencia mental: homogénea o disarmónica (capacidad verbal más afectada que la no verbal)

forma diferente cada vez. Esto permite diferenciar los problemas fonológicos en los niños con disfasia de los niños con dislalias múltiples, en los que la alteración es fija.

Léxico y vocabulario

El léxico implica la comprensión del lenguaje (identificación) y la selección del vocabulario para poder transmitir lo que quieres decir con un significativo preciso (denominación). El niño aumenta su vocabulario a partir de los 10-13 meses, y aprende mejor las palabras que tienen fonemas

familiares que otras diferentes. Esto es debido a la conciencia fonológica, que es la capacidad de ser consciente de las unidades del habla. Las áreas corticales prefrontal, temporal y parietal izquierdas (en diestros) son las encargadas del reconocimiento lexical y de las relaciones sintácticas.

Los niños con afectación en el procesamiento del léxico tienen dificultades de comprensión y expresión de conceptos de espacio y de tiempo, para recordar el nombre de un objeto o relacionarlo con su misma categoría. Esta falta de vocabulario conduce a problemas de

comprensión e influye en la fluidez de su discurso, que se muestra titubeante y con frecuentes repeticiones.

Comprensión y programación sintáctica

La programación de la morfosintaxis ocurre en la parte anterior del área de Broca y comprende: las clases de palabras (sustantivo, verbo, etc.); las relaciones entre palabras (conjunciones, preposiciones); la prosodia (ritmo y entonación); y la estructura de una oración y sus composiciones. Entre los 2-3 años, el niño comienza a asociar dos o más palabras, deduce las reglas del lenguaje y las aprende a través de su aplicación a situaciones nuevas, además de imitar y repetir. Por ejemplo, al aprender el uso del participio “-ido” lo generaliza a todos los verbos, diciendo “ha rotpido”, y luego aprenderá las excepciones de cada regla. Desde los 3 años y medio, el niño sano domina la estructura fundamental de la lengua materna y la puede reproducir con inteligibilidad. Este dato cronológico es importante para comprender que todo niño con retraso del lenguaje debe ser evaluado antes de esta edad clave.

Aspectos funcionales del lenguaje

Uso cognitivo o semántico

La semántica se refiere al significado o representación de los mensajes producidos. En lo receptivo, implica extraer el significado a través del código lingüístico y, en lo expresivo, la selección del vocabulario más adecuado. Esta función asienta sobre las dos regiones ttemporo-parietales. Los niños con dificultades en esta área presentan problemas de perseveración verbal, porque no logran percibir o expresar una idea, y entonces la información parece redundante e innecesaria. Su discurso contiene pausas, escasa coherencia, porque emplea: pocos adjetivos, adverbios, conjunciones y preposiciones. Se puede comprobar cuando se le pide que formule una demanda o emita un mensaje complejo⁽⁵⁾.

Uso pragmático

La pragmática tiene que ver con la organización del discurso en una conversación, es decir, el tipo de lenguaje

Tabla IV. Diagnóstico diferencial entre retraso simple del lenguaje y disfasia

	<i>Retraso simple</i>	<i>Disfasia</i>
Naturaleza	Desfase cronológico	Alteración de mecanismos de adquisición y manejo
Grado de afectación	Leve	Moderada-grave
Trastornos asociados	Leves	Graves
Evolución	Transitoria	Persistente
Síntomas centrales	Fonología	Fonología, morfosintaxis, léxico, semántica, pragmática
Respuesta a la intervención	Mejoría rápida	Lenta, variable
Aprendizaje de la lectoescritura	Poca repercusión	Frecuentemente afectada

que conviene en cada caso. Además, tiene relación con la capacidad de identificar el contexto de una conversación, con la intención de comunicar y con la adaptación al interlocutor. Esta función del lenguaje se asienta en la región perisilviana del lóbulo temporal derecho. El niño con afectación de esta dimensión no presenta problemas fonológicos o lexicales relevantes, pero tiene dificultades para construir frases, que son: pobres, estereotipadas, de escasa coherencia e inapropiadas al contexto, con significado literal y sin comprensión de ironías o sutilezas en la prosodia. Además, pueden asociar estereotipias motoras, lo que hace difícil el diagnóstico diferencial con trastornos del espectro del autismo^(5,6).

Clasificación de los trastornos del lenguaje y epidemiología

La alteración del lenguaje en un niño puede tener causas muy diversas y presentarse de forma heterogénea, por lo que es imprescindible utilizar guías o clasificaciones que faciliten un abordaje práctico del diagnóstico diferencial.

Una clasificación práctica es la propuesta por Chevrie-Muller y Narbona en 2001, y sus adaptaciones posteriores (Tabla III)^(1,6), porque se basa en criterios lingüísticos y tiene en cuenta la etiología o el área que resulta disfuncional: instrumental, habla o psicolingüístico. Además, permite entender la prevalencia de cada trastorno del lenguaje en la población pediátrica.

El desarrollo del lenguaje puede venir retrasado en el 10-14% de los niños menores de 6 años. De estos, dos terceras partes corresponden a retraso articulatorio y retraso simple del lenguaje, que presentarán una remisión espontánea o tras mínima terapia logopédica durante la etapa preescolar. Entonces, a partir de la etapa escolar queda un 4% de niños con patología del lenguaje de naturaleza diversa: el 0,3% tiene un déficit instrumental de audición o de los órganos fonoarticulatorios, el 2,2% presenta discapacidad intelectual y/o trastorno del espectro del autismo, y el 1,5% de esta población escolar tiene una disfasia⁽¹⁾.

Tabla V. Elementos tempranos de alarma en retraso del lenguaje

- A los 10 meses: ausencia o pobreza del balbuceo
- A los 18 meses: emisión de menos de 10 palabras
- A los 24 meses: ausencia de enunciados con dos palabras
- A los 30 meses: ausencia de enunciados con dos palabras, siendo una el verbo
- A los 36 meses: ausencia de enunciados de tres palabras (sujeto-verbo-objeto)

Se han definido unos elementos tempranos de alarma que indican la necesidad de exploración de un trastorno del lenguaje (Tabla V). Las indicaciones para iniciar un tratamiento psicolingüístico urgente⁽⁶⁾ se muestran en la tabla VI.

Trastornos secundarios a déficits instrumentales

Déficit auditivo

La hipoacusia es la principal causa orgánica de trastorno en el lenguaje, por lo que es fundamental asegurarse de la integridad auditiva. Las lesiones del aparato auditivo pueden tener su origen en la etapa prenatal, perinatal o postnatal. Entre las causas prenatales, se incluyen: la infección por citomegalovirus, rubéola congénita, toxoplasmosis y posibles sustancias teratógenas. Las causas perinatales más frecuentes son: el sufrimiento fetal, la prematuridad, la anoxia y los traumatismos obstétricos. Las causas postnatales más relevantes son: laberintitis y meningitis, traumatismos acústicos y sustancias ototóxicas (aminoglucósidos), pero son las ototubaritis repetidas y la otitis media serosa, las causas más frecuentes de hipoacusia en general⁽⁷⁾.

Entre los indicadores de riesgo asociados a hipoacusia, se deben explorar: antecedentes familiares, infección de la madre durante la gestación, malformaciones craneofaciales, peso al nacer menor de 1.500 g, hiperbilirrubinemia grave, medicamentos ototóxicos, alcoholismo en la gestante, meningitis bac-

teriana, accidente hipóxico-isquémico, uso de ventilación mecánica prolongada más de 5 días, síndromes genéticos o enfermedades asociadas a hipoacusia (Waardenburg, Goldenhar, CHARGE, retinitis pigmentaria, mucopolisacaridosis), traumatismo craneoencefálico severo y trastornos neurodegenerativos.

Hay que tener en cuenta que una hipoacusia se puede manifestar inicialmente como un problema en el comportamiento. Este puede presentarse de dos maneras opuestas: con agitación, desobediencia, oposicionismo y agresividad; o con una conducta excesivamente tranquila, con aislamiento e inhibición social, aunque mostrando siempre algún grado de intencionalidad comunicativa, a diferencia de un niño con autismo.

La audiometría tonal es básica en el despistaje de la hipoacusia conductiva desde la consulta de Atención Primaria. El cribado de otoemisiones acústicas ha sido determinante para la detección precoz, pero algunas hipoacusias neurosensoriales retrococleares pueden escapar al cribado universal de sordera. Debe considerarse la sospecha formulada por los padres sobre una falta de audición y, sobre todo, la presencia de otitis media aguda recidivante o crónica persistente más de 3 meses.

El tratamiento de la hipoacusia dependerá de la causa. En las otitis crónicas o recidivantes, se administrarán antibióticos, mucolíticos y/o antihistamínicos según el paciente. Con frecuencia, pueden requerir un abordaje quirúrgico o la colocación de prótesis

Tabla VI. Criterios clínicos para indicar el inicio urgente de una intervención psicolingüística

1. Ninguna palabra inteligible a los 18 meses (además de "papa" y "mama")
2. Falta de desarrollo de protodeclarativos como señalar
3. Limitadas respuestas de intencionalidad compartida
4. No asocia dos palabras en un enunciado a los 2,5 años
5. Vocabulario limitado a unas cuantas palabras a los 3 años
6. Enunciados de solo dos palabras a los 4 años

auditivas según el tipo de hipoacusia de conducción. En las hipoacusias neurosensoriales, es clave, para el manejo y pronóstico, el momento de aparición de la hipoacusia (etapa prelocutiva o postlocutiva) y si es coclear o retrococlear. El uso de implantes cocleares está cada vez más extendido en pacientes con hipoacusia neurosensorial severa o profunda que no obtienen beneficio con prótesis auditivas convencionales. Es imprescindible tras la colocación del implante coclear, que se continúe un programa de reeducación psicolingüística en un centro especializado⁽⁷⁾.

Déficit mecánico articulatorio

Disglosias

Este término se refiere a alteraciones articulatorias debidas a anomalías anatómicas de los órganos articulatorios: labio leporino, fisura palatina, malposiciones dentarias, macroglosia, prognatismo, retrognatia, etc. Pueden afectar de forma muy leve, por ejemplo: como una fisura submucosa que produzca rinolalia o voz nasal. La presencia de rinolalia y retrognatia, asociadas a mutismo selectivo y/o retraso de aprendizaje escolar, debe hacernos sospechar un síndrome de microdelección 22q11.2, incluso en ausencia de cardiopatía congénita. En el tratamiento intervienen: ortodoncia, cirugía maxilofacial y terapia logopédica, que se adaptará al calendario quirúrgico y de desarrollo del niño⁽⁸⁾.

Disartrias

Son anomalías de pronunciación por afectación de las vías motoras centrales, de los nervios craneales o de los grupos musculares de la zona bucofaringo-laríngea. Hay enfermedades musculares que producen, por ejemplo: una rinolalia con facies amímica, que debe hacernos sospechar una enfermedad de Steinert; o si la facies amímica asocia parálisis oculomotora, podríamos estar ante un síndrome de Moebius.

La incontinencia salival o babeo es un problema frecuente y de gran repercusión física y social⁽⁷⁾. Puede llevar a la deshidratación en época de calor, a esofagitis por falta de aclaramiento y a dermatitis mentoniana por la humedad. Los efectos sociales son evidentes, sobre todo en aquellos pacientes que presentan una capacidad de apren-

dizaje y comunicación normales. El babeo puede estar asociado a la parálisis cerebral espástica, al síndrome pseudobulbar por daño congénito o adquirido en ambos lóbulos temporales (malformaciones corticales o tras encefalitis herpética) y a la dispraxia verbal. En el manejo de la incontinencia salival, es esencial el entrenamiento logopédico. Si no mejora, se puede recurrir a medicamentos como el trihexifenidilo oral en dosis muy bajas o los parches transdérmicos de escopolamina, vigilando los efectos secundarios. La aplicación de toxina botulínica en glándulas salivales es muy eficaz, pero requiere manejo por especialista y administración vía ecográfica, y repetir las dosis cada 4-6 meses.

Trastornos propios del habla y del lenguaje

Dislalias

Son alteraciones en la expresión sonora de fonemas, un trastorno del desarrollo de la pronunciación sin que haya defectos anatómicos, motores o neurolingüísticos subyacentes. Si un niño presenta una emisión inmadura de ciertos fonemas de forma persistente más allá de los cuatro años de vida, requiere un estudio y abordaje específico. Los fonemas afectados con mayor frecuencia son: /s/, /r/, /l/ y /d/. El trastorno puede consistir en una omisión para simplificar una combinación de consonantes como *gobo* por *globo*. Otras veces, la dislalia es múltiple y empobrece el habla, haciendo difícil el diagnóstico diferencial con las disfasias del desarrollo. En casos de dislalia múltiple, la fluencia verbal es normal o claramente superior a la de un niño disfásico, y el error en el fonema se mantiene en diferentes palabras y en las repeticiones (esto cambia en el niño con disfasia). La respuesta al tratamiento logopédico es favorable. En el caso de que una dislalia persista en el tiempo, si no entorpece el discurso ni su inteligibilidad y si el niño busca adaptaciones espontáneas, es recomendable no prolongar la logopedia.

Trastornos del ritmo y de la fluencia

El farfuleo taquilálico es un habla rápida, atropellada y de difícil inteligibilidad. En estos casos, es importante

explorar la conducta, ya que puede ser impulsiva; si asocia dislalia múltiple, es preciso medir la capacidad intelectual no verbal, ya que puede asociarse a discapacidad intelectual y a síndrome de X frágil.

El tartamudeo o espasmofemia es un trastorno de la fluencia del discurso, de origen no dilucidado⁽⁹⁾. Se producen bloqueos y repeticiones de una o varias sílabas, que se pueden acompañar de movimientos de cara, cuello y extremidades, y voz ronca o cambios de timbre o tono. Su naturaleza es, en la mayoría de los casos, benigna y con remisión espontánea, sobre todo en casos de disfluencias en el tercer y cuarto año de vida. El tartamudeo que persiste en edad escolar, debe ser evaluado y seguido, y mejorar su exposición a las situaciones de estrés e inseguridad. La edad de comienzo habitual es hacia los 3,5 años, solo el 5% después de los 7 años, y es más frecuente en varones que en mujeres. Entre los criterios para decidir el inicio de una terapia están: la presencia de prolongaciones de sonidos (audibles o bloqueos) que constituyan más del 25% de las disfluencias producidas por el niño sobre una muestra de 100 palabras; y los accesos repetidos de sonidos o de sílabas, o de prolongación de algún sonido en la primera sílaba, independientemente de la longitud de la palabra. La forma severa de tartamudeo persistente generará un problema social y requerirá un abordaje logopédico y psicológico específico y prolongado. Entre los consejos prácticos a los padres de niños con tartamudez, se incluyen:

- Estar más atentos a lo que dice el niño que a la forma en que lo dice y ayudarlo a hacerse entender en vez de esperar a que lo diga bien.
- Hablar con el niño acerca de su dificultad y ayudarlo a identificar en qué circunstancias tiene más dificultad.
- Reforzar su autoestima en los momentos en que habla de forma fluida.
- Hablarle más despacio y con pausas más largas, con tono melodioso y dulce.
- Entrenar la relajación de tipo "muñeca de trapo".
- Favorecer el sentimiento de seguridad mediante un tiempo de juego y lectura en casa en familia.

- Hablarle de las cosas nuevas antes de que ocurran, favorecer el turno de palabra y la espera durante una conversación.
- Evitar la tensión que genera la expresión verbal o lectura en público, a menos que ocurra con una audiencia debidamente preparada o que el niño lo ejercite con antelación para ganar seguridad.

Trastornos específicos del desarrollo del lenguaje

Los niños con trastorno específico del desarrollo del lenguaje (TEL) o disfasia presentan dificultades para la adquisición y manejo de las habilidades de descodificación (comprensión) y codificación (expresión) del sistema lingüístico. Es específico, porque no depende de un déficit sensorial, neuromotor, cognitivo o socioemocional, sino que es un problema intrínseco del procesamiento del lenguaje⁽⁵⁾. Su punto fuerte suele ser la memoria declarativa, además de la procedimental no secuencial, pero presentan problemas específicos en los aprendizajes secuenciales verbales que dificultan el aprendizaje estadístico (Tabla II).

La prevalencia del TEL asociado o no a discapacidad intelectual es del 2% a los 3 años de vida. Es más frecuente en varones (2,4:1). El origen es genético, aunque en la mayoría de los casos es poligénico⁽¹¹⁾. Se manifiesta ya desde el inicio del desarrollo lingüístico del niño, que surge retrasado y con distorsiones. Es persistente, puede durar toda la vida en algunos casos graves; o sufrir transformaciones durante su evolución. Durante la etapa escolar puede interferir en el aprendizaje de la lectoescritura y en la construcción de discursos verbales más complejos, como narrar una historia o mantener una conversación.

Las características evolutivas del TEL permiten diferenciarlo del retraso simple del lenguaje (Tabla IV), aunque en los niños más pequeños puede ser un diagnóstico diferencial difícil, porque puede coexistir con la deficiencia intelectual o con los trastornos del espectro del autismo. Siempre es mejor solicitar una evaluación especializada que esperar y retrasar una intervención necesaria.

Existen marcadores lingüísticos útiles que permiten diferenciar un TEL del desarrollo normal, como la longitud media del enunciado (LME) y las listas de repetición de pseudopalabras –palabras sin significado como, por ejemplo: “trofagama”, “metanope”, “lifanosa”–. El fallo en esta tarea de repetir pseudopalabras pone de manifiesto las dificultades en el procesamiento lingüístico⁽¹⁰⁾. La medida del cociente intelectual no verbal y la exploración de la sociabilidad, juego y empatía, son básicos para descartar una discapacidad intelectual o un autismo asociados. No hay pruebas médicas que permitan el diagnóstico, que está basado en la exploración psicolingüística, la capacidad intelectual no verbal y la exclusión de otras causas, como se expone en la figura 1. Entre las pruebas complementarias en la valoración de los trastornos del lenguaje, se incluyen: psicometrías (WISC-IV, Leiter, TONI-2, K-ABC) para capacidad intelectual verbal y no verbal; TALE/TALEC y PROLEC-R/PROLEC-SE, para lectura y escritura, respectivamente; escalas EDAH y Conners, para valoración de la atención e hiperactividad-impulsividad; ITPA, para aptitudes psicolingüísticas; y Peabody y Boston para vocabulario en imágenes y denominación, entre otros^(1,6). El tratamiento debe ser a una edad temprana, de forma intensiva y prolongada, y debe estar basado en un abordaje multidisciplinar entre padres, profesores, psicólogo, logopeda, pediatra y neuropediatra. Se promueve el uso de gestos acompañantes y evitar hablarle al niño con frases más simples o de forma telegráfica. La aplicación de estrategias integradas en la vida cotidiana en el entorno familiar y escolar es primordial y mejora la autoestima.

En edad preescolar, entre los elementos pronóstico para padecer una forma severa de TEL, podemos citar: persistencia de trastornos notables más allá de los 5,5 años, afectación de la comprensión, trastornos de la semántica y pragmática, asociación de trastornos perceptivos y/o motores, déficit intelectual no verbal, déficit de atención, trastornos de conducta y situaciones socio-culturales desfavorables.

Afasia adquirida en la niñez

A diferencia de las disfasias, las afasias ocurren tras un desarrollo inicial normal del lenguaje en los dos primeros años, y se produce una pérdida o retraso en su progresión. Este puede ser secundario a diversas causas que producen una lesión cerebral: infecciones (bacterianas, encefalitis herpética), daño vascular, traumatismos craneoencefálicos, epilepsia, tumores cerebrales, enfermedades metabólicas, etc.

Trastornos psicolingüísticos

Trastornos del espectro del autismo (TEA)

Las alteraciones de la comunicación constituyen uno de los rasgos más importantes del trastorno del espectro del autismo. Las dificultades comunicativas constituyen el síntoma más llamativo y el motivo de consulta inicial más habitual. Según la última clasificación DSM-5⁽¹²⁾, debe existir una deficiencia persistente en los aspectos cualitativos de la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por: deficiencia en la reciprocidad socio-emocional, en las conductas comunicativas no verbales y en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones. Aparecen, además, patrones repetitivos y restrictivos de comportamiento, movimientos estereotipados, insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad e intereses muy restringidos.

En algunos niños, el desarrollo del lenguaje verbal puede ser cuantitativamente rico, pero con defectos cualitativos en los aspectos semántico y pragmático, como se ha descrito en el antes denominado trastorno de Asperger y que hoy día se clasifica como TEA sin déficit intelectual ni del lenguaje, o dentro de la categoría de trastorno de la comunicación social. Cuando hay déficit cuantitativo del lenguaje, pueden aparecer ecolalias (repetición de sonidos o palabras sin función comunicativa), palabras sueltas y, en los casos más severos, ausencia de lenguaje expresivo. La mayoría presentan deficiencias importantes en la comprensión del lenguaje, de las formas simbólicas y de las situaciones sociales⁽¹³⁾.

La aplicación de cuestionarios de cribado de TEA, como el M-CHAT-R a los 18 y 24 meses de edad, está permitiendo una detección cada vez más precoz y, por tanto, una intervención temprana, que ha demostrado ser eficaz en mejorar los síntomas nucleares de TEA.

Trastorno de la comunicación social o pragmático

El principal diagnóstico diferencial del TEA se debe hacer con este trastorno, en el que se objetivan dificultades persistentes en el uso social de la comunicación verbal y no verbal. Esto se manifiesta en deficiencias en el uso de la comunicación para propósitos sociales, como: saludar o compartir información; aparece deterioro de la capacidad para cambiar la comunicación y adaptarla al contexto, seguir las normas de conversación y narración y comprender lo que se dice explícitamente. Con frecuencia, estos niños asocian un trastorno del desarrollo de la coordinación, que los hace torpes en la motricidad gruesa y fina, en las relaciones sociales y, por tanto, tienen un alto riesgo de acoso escolar y de baja autoestima.

Mutismo selectivo

Es una incapacidad persistente para hablar en situaciones sociales específicas en las que se espera que hable (p. ej.: en la escuela o con ciertos familiares), a pesar de hacerlo en otras situaciones⁽¹⁴⁾. Esto interfiere en el rendimiento escolar y en la socialización. Esta incapacidad para hablar no se debe a retraso, defectos de fluidez ni a problemas de comprensión o expresión del lenguaje.

La intervención psicológica resuelve habitualmente el problema.

Bibliografía

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

1. ***Narbona J, Chevrie-Muller C, eds. El lenguaje del niño. Desarrollo normal, evaluación y trastornos. 2ª edición. Barcelona: Masson; 2001.
2. **Monfort M, Juárez A. El niño que habla. El lenguaje oral en el preescolar. Madrid: CEPE, 1996.
3. **Krishnan S, Watkins KE, Bishop DVM. Neurological basis of language learning difficulties. Trends in Cognitive Neuroscience 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tics.2016.06.2012>.
4. *Puyuelo M. Comunicación y lenguaje. Desarrollo normal y alteraciones a lo largo del ciclo vital. En: Puyuelo M, Rondal JA (coord.). Manual de desarrollo y alteraciones del lenguaje. Barcelona: Masson; 2003.
5. *Crespo-Eguílaz N, Narbona J. Subtipos de trastorno específico del desarrollo del lenguaje: perfiles clínicos en una muestra hispanohablante. Rev Neurol. 2006; 43(Supl1): S193-S200.
6. *Artigas-Pallarés J. Trastornos del habla y del lenguaje. En: Artigas-Pallarés J, Narbona J, eds. Trastornos del neurodesarrollo. 1ª edición. Barcelona: Viguera; 2011. p. 235-53.
7. **Huarte A, Pérez N. Diagnóstico audiológico. En: Narbona J, Chevrie-Muller C, eds. El lenguaje del niño. Desarrollo normal, evaluación y trastornos. 2ª edición. Barcelona: Masson; 2001. p. 97-107.
8. *Narbona J. El lenguaje del niño y sus perturbaciones. En: Fejerman N, Fernández Álvarez E, eds. Neurología Pediátrica, 3ª edición. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2007. p. 753-64.
9. **Simon AM. Tartamudeo del niño. En: Narbona J, Chevrie-Muller, eds. El lenguaje del niño. Desarrollo normal, evaluación y trastornos. 2ª edición.

Barcelona: Masson; 2001. p. 293-311.

10. *Bishop DV. Genes, cognition, and communication: insights from neurodevelopmental disorders. Ann N Y Acad Sci. 2009; 1156: 1-18.
11. *Aguado G, Cuetos F, Domezáin MJ, et al. Repetición de pseudopalabras en niños españoles con trastorno específico del lenguaje: marcadores psicolingüísticos. Rev Neurol. 2006; 43(Supl 1): S201-S208.
12. *American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Washington, DC: APA, 2013.
13. **Gillberg C. Autism and autistic-like conditions. En: Aicardi J, Bax M and Gillberg C, eds. Diseases of the nervous system in childhood. 3rd edition. London: Mac Keith Press; 2009. p. 902-21.
14. Aguilera Albesa S, Busto Crespo O. Trastornos del lenguaje. Pediatr Integral. 2012; XVI(9): 683-90.

Bibliografía recomendada

- Manolson A, Ward B, Dodington N, eds. Usted hace la diferencia para que su hijo pueda aprender. Toronto: The Hanen Centre; 1996.
- Manolson A, ed. Hablando nos entendemos los dos. Toronto: The Hanen Centre, 1992.

Estas dos guías para padres, maestros y niñeras, sobre cómo ayudar a sus hijos a comunicarse, están editadas por el Centro Hanen, donde ayudan a padres de niños con retrasos en el desarrollo del lenguaje. Son dos libros muy visuales y prácticos para mejorar la comunicación y se pueden recomendar desde la consulta de Atención Primaria.

- Equipo Deletrea, eds. Los niños pequeños con autismo. 3ª edición. Madrid: CEPE; 2009.

Este libro ofrece a padres y profesores una guía para identificar y comprender las dificultades sociales de las personas con autismo. Ofrece soluciones prácticas para problemas cotidianos y ayuda a mejorar la convivencia escolar. Muy recomendable para ayudar al pediatra de Atención Primaria a dar a los padres de estos niños una orientación práctica para los problemas que se presenten en el seguimiento.

Caso clínico

Javier tiene 7 años. Desde que comenzó la marcha autónoma, no lograban mantenerlo quieto un instante, se enfadaba por cualquier cosa, con baja tolerancia a la frustración. A los 2 años apenas señalaba, y para pedir algo gritaba o se tiraba al suelo. Aunque era habilidoso para la motricidad, no jugaba con otros niños y si se acercaban, los empujaba. Se adaptó mal a la guardería y evitaba el contacto con sus iguales. A los 3 años, solo decía mamá y papá, pero comenzó a señalar, a llevar de la mano al adulto hasta lo que necesitaba y a enseñarles a los demás con qué estaba jugando o qué había encontrado. A los 5 años, su conducta era menos impulsiva y permanecía más tiempo sentado dibujando rayas y círculos. Emitía una jerga no inteligible y algún bisílabo propositivo, aunque fue mejorando con intervención logopédica durante la etapa de Educación Infantil. A los 7 años, aún no ha logrado leer ni escribir. Aunque le encantan las historias y las actividades de grupo, no consigue narrar una historia y le cuesta mantener amigos.



Cuestionario de Acreditación

A continuación, se expone el cuestionario de acreditación con las preguntas de este tema de *Pediatría Integral*, que deberá contestar "on line" a través de la web: www.sepeap.org.

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

Trastornos del lenguaje

9. La ACTITUD INICIAL de un pediatra ante un niño de 3 años que no habla o que no se le entiende es:

- Derivarlo al neuropediatra para hacer un diagnóstico diferencial entre autismo y disfasia.
- Derivarlo a salud mental por si es un mutismo selectivo.
- Realizar una evaluación de su comunicación no verbal, del juego, del dibujo, de la interacción social y una exploración física, neurológica y auditiva.
- Realizarle directamente unos potenciales auditivos y derivarle al otorrino como abordaje inicial.
- Esperar hasta los 4 años, porque puede ser un retraso simple.

10. Dentro del desarrollo típico del lenguaje:

- Es normal que no aparezca balbuceo hasta pasados los 12 meses de vida.
- Es normal que no emitan varias palabras antes de los 18 meses.
- Es normal que no asocie dos palabras en un enunciado a los 30 meses.
- Es normal que no hagan enunciados de tres palabras a los tres años.
- Es normal que pronuncien mal la /r/ hasta los 5 años.

11. Respecto al aprendizaje del lenguaje y sus alteraciones, solo una es CIERTA:

- El niño adquiere el sistema fonológico después de los cuatro años.
- La conciencia fonológica es la capacidad de ser consciente del orden de las palabras.
- El aprendizaje estadístico se consigue a través de contextos naturales.
- Las personas con dificultades en la dimensión pragmática son capaces de adaptar su conversación al ámbito en el que se encuentran.
- En todos los trastornos del lenguaje hay alteración de la pronunciación.

12. En un niño con espasmodia:

- Hay que descartar una hipoacusia como causa más probable.
- Si comienza en el segundo año de vida, el pronóstico es peor.
- Hay que hablarle de forma alta y clara y corregirle para dar ejemplo.
- Hay que insistir en que se relaje, deje de tartamudear y no se hable del problema.
- Hay que demostrarle que lo importante es que se haga entender, no que pronuncie de forma correcta.

13. La principal característica que sugiere un diagnóstico de TEA (trastorno del espectro del autismo) y NO el de un trastorno de la comunicación social es:

- Que asocie una torpeza motora.
- Que no mire directamente a los ojos de forma mantenida.

- Que presente un comportamiento estereotipado, rígido, inflexible y con fuertes intereses restringidos.
- Que su discurso sea inadecuado al contexto.
- Que no tenga capacidad de entender o contar chistes.

Caso clínico

14. En el diagnóstico diferencial de este caso, es CIERTA:

- Debemos diagnosticarle de un trastorno del espectro del autismo con buena evolución.
- Se debe realizar una resonancia magnética cerebral para confirmar el diagnóstico.
- Entre los estudios iniciales, se debe valorar la audición y un test de capacidad intelectual.
- Los niños con disfasia tienen una expresión oral alterada, aunque comprenden bien.
- Es un niño hiperactivo con un componente socio-educativo, con falta de definir límites de autoridad.

15. Este niño tiene un trastorno específico del desarrollo del lenguaje o disfasia:

- Se ha diagnosticado por estudios genéticos y de neuroimagen, como es habitual.
- Hay que esperar antes de iniciar logopedia, porque puede ser un retraso fonológico simple y mejorará con la edad.
- Si solo es problema de lenguaje expresivo, no afectará a la lectura ni a la escritura.

- d. La conducta oposicional es debida a falta de límites educativos.
- e. El diagnóstico de disfasia se sustenta en un desarrollo del lenguaje inferior a lo esperado para su capacidad intelectual, en la presencia de empatía y juego argumental, y en pruebas psicolingüísticas específicas.

16. Respecto a la intervención en este niño:

- a. Hay que ponerle límites firmes y exigentes para mejorar su conducta social.
- b. Debe iniciar una terapia psicológica por autismo asociado.
- c. Su hiperquinesia y su baja tolerancia a la frustración, se deben a la dificultad para comunicarse con otras personas, y se puede

mejorar ayudándole con recursos gestuales que acompañen a las emisiones verbales.

- d. La terapia logopédica se puede retrasar hasta los seis años, porque muchos mejoran con la edad, aunque no se intervenga.
- e. No hay que preocuparse por la lectura y escritura, se aprenden de forma independiente al lenguaje oral.