

INFORME DE CASO**Retraso secundario del lenguaje. Presentación de un caso de Venezuela****Secondary language difficulties. A case of Venezuela**

Lic. Víctor Manuel Méndez Torres¹, Lic. Damaris López López², Lic. Janet Espinosa Aldama³, Lic. Orlando Delgado González⁴

¹ Licenciado en Educación Especial. Máster en Longevidad Satisfactoria. Asistente. Hospital Psiquiátrico Provincial "Luis Ramírez López". Guantánamo. Cuba

² Licenciado en Educación Especial. Máster en Longevidad Satisfactoria. Instructor. Dirección Provincial de Salud. Guantánamo. Cuba

³ Licenciada en Educación Especial. Instructor. Policlínico Universitario "Omar Ranedo Pubillones". Guantánamo. Cuba

⁴ Licenciado en Educación Especial. Instructor. Hospital Psiquiátrico Provincial "Luis Ramírez López". Guantánamo. Cuba

RESUMEN

Se presenta un caso de retraso del lenguaje en paciente con parálisis cerebral. Se muestra la clínica del paciente y el tratamiento rehabilitador dirigido a mejorar la articulación maxilar del paciente. Los datos presentados se extraen de historia clínica y de muestras visuales obtenidas por los autores, previo consentimiento del familiar del paciente.

Palabras clave: retraso secundario, lenguaje, rehabilitación

ABSTRACT

A case of language difficulties in a patient with cerebral palsy is presented. Patient clinic and rehabilitation treatment are shown with the aim of improving the patient's jaw joint is shown. The data are presented from clinical records and visual samples obtained by the authors, with the consent of the family of the patient.

Keywords: secondary retardation, language, rehabilitation

INTRODUCCIÓN

Frecuentemente los trastornos en las habilidades lingüísticas del niño son motivo de consulta en salud. Puede ser el único problema, en algunos casos y en otros es un síntoma, como resultado de un defecto primario o dentro de un contexto más amplio.¹

Los tres primeros años de la vida son considerados el periodo más intenso del desarrollo del lenguaje. Las primeras palabras deberán aparecer entre los 10 y 12 meses, las frases de dos palabras alrededor de los 18 meses, así va en aumento del vocabulario paulatinamente a partir de esa edad; comienza a hacer uso adecuado del pronombre personales como "yo" alrededor de los 2 años y medio como reconocimiento de ser social y las frases cada vez se van haciendo más complejas, entre los 3, 4 y 5 años incrementa el vocabulario y comienza a comprender el lenguaje y el uso de las reglas lingüísticas.²

La etiología del retraso del lenguaje permite se clasifique en; retraso del lenguaje primario y retraso del lenguaje secundario.

En el caso del retraso secundario del lenguaje existen diferentes causas entre las primeras a descartar, debido a su peor pronóstico están; el retraso mental y las Lesiones del Sistema Nervioso Central (SNC) o Periférico y la parálisis cerebral. Los trastornos de la comunicación oral prevalecen en los niños más severamente afectados.

Muchos niños con parálisis cerebral sufren afectaciones motoras (hemiplejía, diplejia) sin repercusión en la comunicación, aunque se han observado ligeros grados de disartria³.

Estos pacientes tienen muy afectado desde el punto de vista los movimientos biológicos de la deglución, masticación y succión lo que

repercute en la adecuada articulación de los sonidos, así como trastornos respiratorios por el deficiente control neurológico de los músculos implicados en esta función primaria, que repercuten en la voz y en el aire espiratorio, lo que provoca disminución de la intensidad vocal, resonancia nasal aumentada, resonancia y el timbre, además de trastornos de la entonación.²

Cuando la parálisis cerebral aparece en el niño aun cuando no ha adquirido lenguaje, su cuadro clínico es más desfavorable la compensación defectos por tanto se retrasa su desarrollo lingüístico y se considera un retraso del lenguaje en lugar de una disartria.

En el actual estudio se presenta un caso de retraso del lenguaje en paciente con parálisis cerebral y otras complicaciones de salud adquiridas durante primer año de vida que agravaron su cuadro clínico y pronóstico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente JLCM, de 11 años de edad portador de una lesión medular.

A los 14 meses de edad ingresó en servicio público de hospitalización infantil con diagnóstico de Neumonía bilateral por *Mycoplasma Pneumonie* que le agravó el estado de salud que lo llevó a una insuficiencia respiratoria aguda y paro cardiorrespiratorio con Isquemia cerebral global que dejó secuelas neurológicas tipo parálisis cerebral Infantil y síndrome convulsivo con ventilación mecánica por 24 días. No toleró la ventilación por lo que hubo que practicar una traqueotomía.

A los 11 años de edad, septiembre de 2011 acude la madre a los servicios de rehabilitación de la sala 12 de octubre del área de salud Integral Policía Metropolitana. Distrito Capital Caracas. Venezuela a recibir tratamiento rehabilitador con documentación de Informe laringoscopia realizada en marzo del mismo año en que acude al servicio.

Muestra como APP historia clínica, con datos relevantes del cuadro clínico; examen realizado a través de estudio video endoscópico, aborda fosa nasal derecha, se aprecian; cornetes eutróficos, paladar blando con movilidad disminuida, aunque contracta con pared posterior, presenta abundante secreción hialina en la rinolaringe y paredes faríngeas flácidas con tendencia al colapso central.

En la hipofaringe, supraglotis, epiglotis erecta antinoepiglotis simétricas. Gales móviles, con hiato posterior con discreto eritema y edema, abundante secreción durante la fonación. Concluye un diagnóstico de hipotonía faringolaríngea (Figura 1).



Figura 1. Hipotonía faringolaríngea del paciente.

Examen físico

Paciente con rigidez motora en sus miembros superiores e inferiores incluyendo cuello y cabeza consistente con parálisis cerebral, no responde a estímulos sonoros, ni táctiles.

En examen de cavidad bucal constató que presenta engrosamiento de maxilar superior e inferior, bóveda palatina profunda, mordida no compensable semiabierta que se comprime por dentición no expuesta a la región bucal dentro de la zona mandibular (Véanse Figuras 2, 3 y 4).



Figuras 2 y 3. Obstrucción dental entre encías de miembros superior e inferior en lado derecho e izquierdo de la boca.

En la Figura 2. Se observa la obstrucción entre encías derechas debido a que en el interior la existencia dental no permite haya movimiento maxilar y se encuentre obstruido el movimiento para los procesos de deglución y habla. Se identifica la unión de ambas encías derecha que le impide el proceso de masticación, paladar profundo a la palpación y con grosor de más de 1 cm.

En la Figura 3. Interferencia entre ambas encías superior e inferior colapsadas que impiden el movimiento masticatorio con las mismas características de la relación maxilar derecha en las que el proceso de no exposición dental o retraso de la madures denticina ha impedido el proceso de deglución, masticación y habla en el paciente.

Se muestran las imágenes de dientes sin exposición, dentro de la encía superior, cavidad del paladar de más de 0,8 mn, lengua en base sin movimiento (Figura 4).

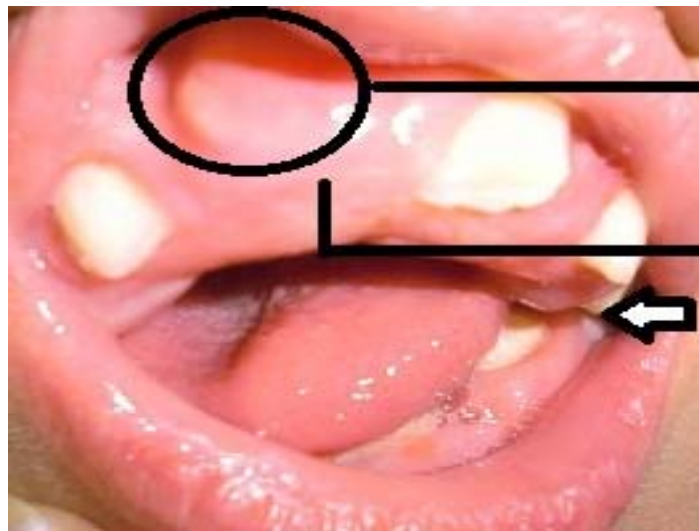


Figura 4. Retención de dientes en la encía.

Se le indicó una radiografía de imagen panorámica (Ver Figura 5) al paciente con el objetivo de identificar la posición dental dentro de las encías. Imagen Rayos X. Panorámica del paciente. Se observa señalado con la flecha fracturas dentales y con la circunferenciase señala el apiñamiento dental del paciente.

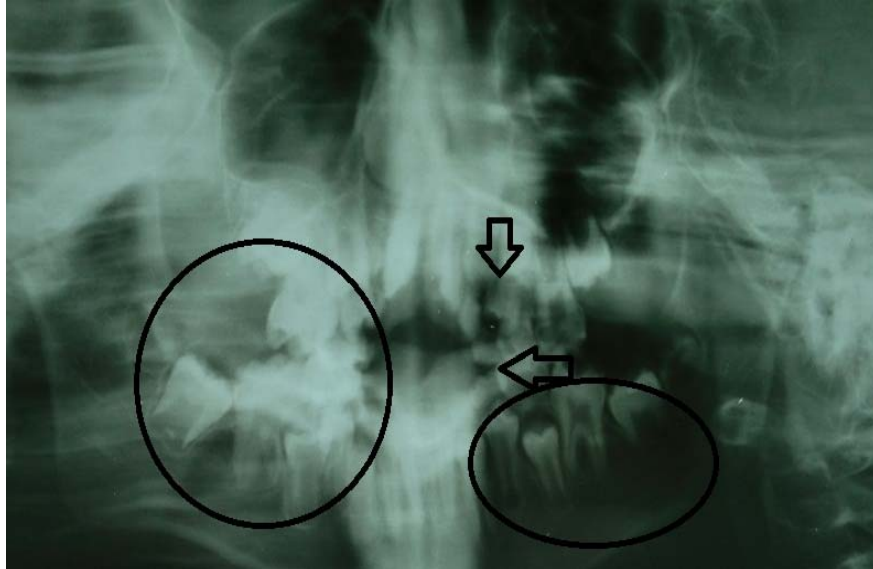


Figura 5. Imagen panorámica.

El familiar refiere fractura y pérdida de varios dientes en el proceso de entubación cuando se agravó su cuadro clínico, que le retuvo el nacimiento de los restantes. Estas manifestaciones son típicas en casos de pacientes lesionados medulares. Este medio de diagnóstico permitió establecer un tratamiento para su rehabilitación.

DISCUSIÓN DEL CASO

Según la escala Llevant, existe retraso del lenguaje si a los 16 meses no ha iniciado la expresión de palabras aisladas con sentido propositivo, también plantea la escala que si a los 2 años no construye frases de 2 palabras.¹

Los estudios genéticos y familiares en el desarrollo del niño, han sido documentados en estudios interdisciplinarios lo que apunta a un abordaje integral a fin de identificar causa e indicar tratamiento.⁴ El 63 % de los padres de los niños con trastornos específicos del desarrollo del lenguaje (TEDL), tuvieron antecedentes por la misma enfermedad, por su parte el 17 % de los padres de niños no afectados no tuvieron estos antecedentes.⁵

Los factores de riesgo pre-perinatal se ven evidenciados en casos de: prematuridad, bajo peso al nacer, estrés extremo, infecciones maternas, uso de algunos medicamentos durante el embarazo, el parto inducido o

instrumentado, prolapsos umbilicales y la asfixia perinatal. También se señalan algunas condiciones médicas como la persistencia del conducto arterioso y la displasia broncopulmonar, así como enfermedades autoinmunes que excluyen el asma bronquial.⁵

La prematuridad se incluye entre los riesgos perinatales⁴, los embarazos múltiples, cuidados prenatales de la embarazada, la puntuación de Apgar, el número de hijos y el bajo peso al nacer (inferior a 1500 g).

El estrés materno extremo es otro factor de riesgo, además; las infecciones prenatales, el uso de algunos medicamentos que puedan dañar al feto, el parto instrumentado o inducido y el prolapso del cordón umbilical, así como otras complicaciones traumáticas del parto.⁶

En 2013 la Escuela Latinoamericana de Medicina, realizó estudios dirigidos por la Dra. Ileana Álvarez, en los que expone que las complicaciones más frecuentes se encontraron las malformaciones en el (24.5 %), que incluyen criptorquidia, reflujo gastroesofágico grado IV, quistes dermoides de línea media, hoyuelo presacro, quiste de fosa posterior y tortícolis congénita. Además, se identificó la aparición de neumotórax en el 4.4 %, distermia en 6.7 %, entre otros.⁶

En el presente estudio se observa como el paciente debuta con enfermedad broncopulmonar y posterior a ello las complicaciones con isquemia cerebral global, parálisis cerebral infantil, sepsis nosocomial, síndrome convulsivo, endocarditis infecciosa, Disposia broncopulmonar, úlcera craneal bilateral, conjuntivitis bilateral, úlcera de cúbito en región occipital, trastorno metabólico alcalosis metabólica en edad en la que aún no había que instaurar lenguaje.

Cuando se realiza el examen físico se exploran los órganos fonoarticulatorios que intervienen en la comunicación, entre ellos: fosas nasales, boca, faringe, laringe y oído. Además de la exploración de los órganos implicados en otras funciones biológicas primarias como la alimentación y respiración, también se determina el adecuado control cefálico y del tronco, así como la presencia de reflejos orales. Se examina los pares craneales que intervienen en este proceso. En la alimentación se evalúan tres fases de la deglución: fase oral, faríngea y esofágica, técnicas y dinámicas de la alimentación.⁷

El paciente de referencia no lograba movimientos de la lengua hacia los lados o arriba, era imposible el empuje no posee de la masticación adecuada, debido a la disposición dental inadecuada y presentaba una deglución atípica.

Tratamiento

El tratamiento rehabilitador de estos pacientes es integrado y va a ir encaminado a mejorar la acción de las diferentes áreas en caso de ser posibles: praxias orofaciales, respiración, control fono respiratorio, control fonoresonancial, discriminación auditiva, articulación, voz, control orofaríngeo, masticación.⁸

En el tratamiento, también se realiza la estimulación senso perceptual general, vocabulario, sintaxis, pragmática, se estimulan los logros lingüísticos y se realiza la abstracción de lo aprendido generalizando las bases del lenguaje que adquiere.⁹

En el caso del paciente en cuestión, se trata de un tratamiento dirigido a mejorar proceso de deglución debido al deterioro del paciente que no permite instaurar un lenguaje y tampoco hubo con anterioridad instauración del mismo, se le indica como tratamiento rehabilitador del lenguaje: movimientos de cuello y cabeza para disminuir espasticidad. Masajes linguales para contribuir a mejorar los movimientos orales en el proceso de deglución de los alimentos y terapia de alimentación.

Posteriormente se inter-consultó con el servicio de estomatología que indicó radiografía panorámica debido a que en examen físico se identificó que ambas mandíbulas no tenían movimiento.

La Lic. Heidy Ramírez Vázquez durante un estudio realizado en Londres en el año 2010 identificó que la participación de los padres en sesiones de terapias individuales junto al terapeuta y el menor, con el objetivo de ayudar al menor a adaptar su estilo de comunicación a las alteraciones y responderles con mayor sensibilidad y capacidad de respuesta permitió que los padres aprendieran a emplear un lenguaje acorde al nivel de sus hijos, lo que incidió en el alcance de los resultados del proceso rehabilitador.¹⁰

Evolución

El paciente comenzó las 12 sesiones de tratamiento logofoniatrico realizar movimientos linguales como respuesta al masaje lo que le permitió mejorar el proceso de deglución de los alimentos por vía oral además de responder con mejor sostén cefálico como respuesta a los movimientos de cuello y cabeza indicados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Artigas J. Trastornos del lenguaje. Protocolos de Neurología en Archivos Españoles de Pediatría [homepage en Internet]. 1998 [citado 10 de noviembre de 2013]. Disponible en: <http://www.aeped.es/protocolos/neurologia/24-lenguaje.pdf>
2. De La Osa José A. Retraso del lenguaje. Entrevista a Dra Marcia Betancourt, vicepresidenta de la sociedad cubana de logopedia y foniatría. 2013, [citado 4 de marzo de 2014] en <http://www.granma.cubaweb.cu/salud/consultas>.
3. Narbona J. Hacia la base común de los trastornos del desarrollo lingüístico. Rev Neurol 2005; 41(1):S131-3.
4. Castro-Rebolledo R, Giraldo-Prieto M, Hincapié-Henao L, Lopera F, Pineda DA. Trastorno específico del desarrollo del lenguaje: una aproximación teórica a su diagnóstico, etiología y manifestaciones clínicas. Rev Neurol 2004; 39(11):73-81.
5. López Betancourt M, Regal Cabrera N, Pascual Mesa M, González Debén A, Sánchez Díaz J. Desarrollo del lenguaje en el niño cubano menor de 18 meses. Rev Cubana Pediatr 2000; 72(1):32-9.
6. Álvarez Valdivia I. Factores biológicos asociados al retardo primario del lenguaje en niños menores de cinco años. Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM). La Habana, Cuba. 2013.
7. Valdizán JR, Rodríguez-Mena D, Díaz-Sardi M. Trastorno del lenguaje expresivo y actividad paroxística focal. Rev Neurol 2011; 52 (1):S135-S140.
8. Castaño J. Plasticidad neuronal y bases científicas de la neurorehabilitación. Rev Neurol 2002; 34 (1) S130-135.
9. Figueredo Escobar, Ernesto. "Logopedia II". Editorial Pueblo y Educación. La Habana; 1984.
10. Vázquez Ramírez H. Nueva terapia comunicativa para niños autistas y padres. Citado 31 de marzo de 2014. Disponible en: <http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2010>.

Recibido: 13 de marzo de 2014

Aprobado: 25 de junio de 2014

Lic. Victor Manuel Méndez Torres. Hospital Psiquiátrico Provincial "Luis Ramírez López". Guantánamo. Cuba. **Email:** victor@infosol.gtm.sld.cu