

Trastornos del lenguaje

Josep Artigas, Eugenia Rigau, Katy García-Nonell

INTRODUCCIÓN

Las habilidades lingüísticas del niño son motivo de consulta frecuente. En unas ocasiones puede ser el único problema, en otras es un síntoma dentro de un contexto más amplio. Muchas veces el único referente es la indicación de la familia: “no habla, habla poco, habla mal, ha dejado de hablar”. Tampoco resulta fácil conseguir que el niño ponga en evidencia durante la consulta sus capacidades lingüísticas. Sin embargo, es importante obtener lo antes posible un diagnóstico, pues como se indica a continuación, las posibilidades son muy amplias, los pronósticos muy variables y además es preciso tomar en consideración que en algunos casos la intervención precoz puede ser útil.

Para situar el problema se pueden utilizar diversas estrategias, expuestas en la Tabla I. En ocasiones es preciso actuar con un cierto grado de imaginación para conseguir que el niño hable durante la consulta. Es útil usar un cuento con ilustraciones atractivas o algún juguete como motivo de conversación. Los informes escolares son también una valiosa ayuda porque recogen a lo largo del tiempo las cualidades lingüísticas del niño según la valoración de los maestros, espectadores privilegiados del lenguaje del niño en su entorno natural. Los cuestionarios son fáciles de utilizar, consumen poco tiempo de consulta y aportan información específica a veces difícil de obtener en situaciones de examen clínico. Existen cuestionarios estandarizados como el Children's Communication Checklist (CCC) ;

pero también puede ser útil disponer de un cuestionario propio, dirigido a los educadores, con preguntas abiertas sobre las cualidades lingüísticas. Las pruebas psicométricas, deberán ir orientadas a corroborar y cuantificar la impresión clínica previamente establecida. Aunque no es motivo de esta revisión detallar las numerosas pruebas diseñadas para explorar el lenguaje, recomendamos utilizar pocas y siempre en base a una hipótesis previa. Los test lingüísticos deben acompañarse de un test de inteligencia general. Para los niños de edad inferior a 12 años es muy útil el K-ABC, puesto que además de ofrecer una valoración de diversas funciones neuropsicológicas, dispone de una escala de vocabulario expresivo y dos escalas de lectura (decodificación y comprensión). A partir de los 6 años puede usarse el WISC IV, si bien el rendimiento de esta prueba es óptima a partir de los 7-8 años.

Tabla I. Estrategias para valorar el lenguaje

- Información aportada por los padres
- Informes del colegio o guardería
- Preguntas directas al niño
- Observación del lenguaje espontáneo durante la consulta
- Cuestionarios para padres y educadores
- Grabaciones
- Tests específicos de lenguaje (Test de Vocabulario de Boston, PPVT, ITPA, PLON)
- Test del desarrollo (Bayley III)
- Test de inteligencia (K-ABC, WISC IV)

Los motivos de consulta pueden incluirse en alguna de las categorías de la Tabla II.

Se puede considerar, de acuerdo con la escala Llevant, que un niño está retrasado en la adquisición del lenguaje si a los 16 meses no ha iniciado la expresión de palabras aisladas con sentido propositivo o si a los 2 años no construye frases de 2 palabras.

La tabla III sintetiza los diagnósticos más comunes en un niño cuyo problema es un retraso en el inicio del lenguaje. Se considera que existe un **retardo simple del lenguaje (RSL)** cuando hay una buena comprensión y la evolución del lenguaje es similar a la mayoría de niños normales aunque con una cronología moderadamente retrasada. En realidad, se trata de un retraso madurativo que corresponde al límite de la normalidad para el desarrollo del lenguaje. Muchas veces el diagnóstico de retraso simple sólo se puede realizar tras algunos años, al constatar unas habilidades cognitivas normales en todos los

aspectos, puesto que no es raro encontrar en pacientes disléxicos o con trastorno de atención una historia de adquisición tardía del lenguaje. En estos casos, cabe suponer que el “retardo simple” ya era expresión de una disfunción del sistema nervioso.

El **trastorno específico del lenguaje (TEL)**, llamado también disfasia - término en desuso - consiste en la alteración en el desarrollo del lenguaje en un contexto de normalidad en los demás parámetros evolutivos. No se escapa lo sutil y difícil que puede resultar fijar un límite entre un RSL y un TEL. El criterio de severidad parece el más razonable, aunque no deja de ser arbitrario. En los TEL se constata que el lenguaje, además de ser adquirido tardíamente, no es correcto en cuanto a su fonética, a su estructura o a su contenido. Además - aunque sea difícil de poner en evidencia mediante los tests estandarizados - siempre existe un déficit de comprensión. Rapin y Allen han descrito 6 síndromes disfásicos distintos. Sin embargo es discutible la existencia de síndromes disfásicos diferenciados, puesto que como señala Bishop, siempre existe como denominador común un déficit de comprensión y además las características del trastorno varían a lo largo del desarrollo.

El motivo de consulta en un **trastorno de espectro autista (TEA)** suele ser un retraso en el lenguaje. Para diagnosticar el TEA se debe valorar la capacidad de relación del niño con sus iguales, el uso del lenguaje gestual y la capacidad de desarrollar un juego simbólico. No siempre es fácil o posible establecer los límites entre TEL y TEA, puesto que los autistas presentan los mismos trastornos del lenguaje que los niños no autistas.

El **retraso mental** también se expresa casi siempre con un retraso en la adquisición del lenguaje, al que se añaden otros déficit cognitivos. Los tests de desarrollo infantil tales

Tabla II. Motivos de consulta

- El niño que tarda en hablar
- El niño que deja de hablar
- El niño que habla mal
- Otros trastornos

Tabla III. El niño que tarda en hablar

- Retraso simple del lenguaje
- Trastorno específico del lenguaje o disfasia
- Trastorno espectro autista
- Retraso mental
- Hipoacusia
- Gemelaridad
- Hijo de padres sordomudos
- Privación ambiental extrema

como el Bayley, permiten establecer el diagnóstico. La hipoacusia debe excluirse, siempre que no exista la certeza de que la capacidad auditiva es correcta. Las hipoacusias pueden ser transitorias o permanentes. En el primer caso, que suele corresponder a otitis serosas, una vez resuelto el problema auditivo, el lenguaje se normaliza al poco tiempo. En base a las revisiones efectuadas sobre esta cuestión no es razonable atribuir, en niños normales, problemas lingüísticos o de aprendizaje derivados de problemas otológicos previos. La gemelaridad y ser hijo de padres sordomudos pueden explicar un moderado retraso en la adquisición del lenguaje, pero nunca un trastorno permanente. La privación ambiental extrema comporta un retardo en el lenguaje, pero en ausencia de factores genéticos o lesionales suele ser reversible, una vez el niño es ubicado en un entorno adecuado.

La Tabla IV muestra las causas de pérdida de lenguaje, que pueden ocurrir en niños que previamente habían adquirido cierto nivel lingüístico.

Las **afasias** suelen comportar pocas dificultades diagnósticas. Las causas más frecuentes de afasia en el niño son las infecciones del sistema nervioso, los accidentes vasculares y los traumatismos craneoencefálicos. Una excepción es *la afasia epiléptica o síndrome de Landau-Kleffner (SLK)*, que asocia el trastorno del lenguaje a un trazado EEG caracterís-

tico y en ocasiones a crisis epilépticas. No siempre se presenta de forma completa, de modo que en este trastorno tampoco están claros los límites con otras formas de epilepsia o con otros TEL. Incluso es posible establecer una línea de continuidad entre algunas formas de autismo y el SLK .

El **mutismo selectivo** consiste en la negativa a hablar en determinadas situaciones. En estos casos el niño, que se expresa correctamente entre su familia, deja de hablar en el colegio o ante personas extrañas. Este trastorno es más frecuente de lo que se piensa. En su forma completa se ha estimado que ocurre casi en uno de cada 500 niños . En ocasiones se manifiesta de forma aislada, pero también puede presentarse en el contexto de un TEA o TEL, si bien lo más común es que exista un trastorno de ansiedad subyacente.

Entre los pacientes autistas se estima que alrededor de un 30 % sufren una regresión. La manifestación más relevante es la pérdida de capacidades lingüísticas. Suele ocurrir en dos periodos: entre el primer y segundo año, y durante la adolescencia. Un factor implicado en la regresión autista puede ser en casos excepcionales la actividad epileptógena, con crisis o sin ellas. En el síndrome de Rett puede haber pérdida de algunas adquisiciones lingüísticas, junto a la más típica pérdida de praxias manuales. En el trastorno desintegrativo infantil (TDI) se exige como criterio diagnóstico un desarrollo normal hasta por lo menos los dos años de edad, a partir de cuyo momento se puede iniciar una pérdida de capacidades lingüísticas dentro de un cuadro autístico. En ocasiones es difícil establecer los límites entre el TDI y los TEA.

Las **enfermedades degenerativas** comportan una regresión motora y/o cognitiva. Por tanto el deterioro del lenguaje puede ser el elemento más relevante. Sin duda alguna, esta

Tabla IV. El niño que deja de hablar

- Afasia
- Mutismo selectivo
- Regresión autista
- Síndrome de Rett
- Trastorno desintegrativo infantil
- Enfermedad degenerativa

posibilidad debe ser tomada siempre en consideración ante un niño que deja de hablar.

Aparte de la falta de adquisición o pérdida de lenguaje, son motivo frecuente de consulta las **anormalidades en la forma de hablar**. En la tabla V se resumen los trastornos más habituales que ocasionan una alteración en el habla.

La *tartamudez* es un trastorno que comporta una falta de fluidez en la emisión de palabras. Si bien el diagnóstico no ofrece dificultad, sus causas no han sido todavía totalmente aclaradas. En un niño con tartamudez debe valorarse la existencia de un TEL o trastorno de Tourette. En este último caso el diagnóstico se sustenta en la presencia de tics motores y tics vocales. Los casos leves y de inicio precoz suelen remitir espontáneamente.

La *disartria* es un trastorno neuromuscular que altera globalmente las capacidades articulatorias necesarias para la expresión oral. Sus causas son extraordinariamente amplias.

La *dislalia* es un error en la articulación específica para determinados sonidos de consonantes, casi siempre es transitoria.

Los *trastornos prosódicos* se refieren a la entonación y el ritmo del habla. Son frecuentes en los TEA, especialmente en el síndrome de Asperger. La *voz nasal* es una alteración estructural del aparato bucofonatorio que altera el timbre de voz. Se da en algunos síndromes tales como el síndrome de Williams y el síndrome alcohólico fetal.

La Tabla VI hace referencia a otros trastornos que vale la pena describir brevemente. El **trastorno semántico-pragmático**, o simple-

Tabla V. El niño que habla mal

- Tartamudez
- Disartria
- Dislalia
- Trastornos de la prosodia
- Voz nasal

Tabla VI. Otros trastornos

- Trastorno semántico-pragmático
- Dislexia
- Hiperlexia

mente trastorno pragmático, se caracteriza por un lenguaje formalmente correcto, pero con una utilización contextual poco adecuada. Es típico de TEA, especialmente en el síndrome de Asperger y en el trastorno del aprendizaje no verbal (TANV). También es propio del síndrome de Williams y puede estar presente en algunos casos de hidrocefalia. Se identifica por el escaso valor comunicativo del lenguaje a pesar de su riqueza verbal.

La **dislexia**, o trastorno específico del aprendizaje de la lectura, tiene una clara relación con los trastornos del lenguaje, puesto que el fallo cognitivo que condiciona la dislexia es una alteración en las capacidades fonológicas. La *hiperlexia* consiste en una capacidad mecánica de lectura excelente, pero con una pobre capacidad lectora. Puede observarse en los TEA y en el TANV.

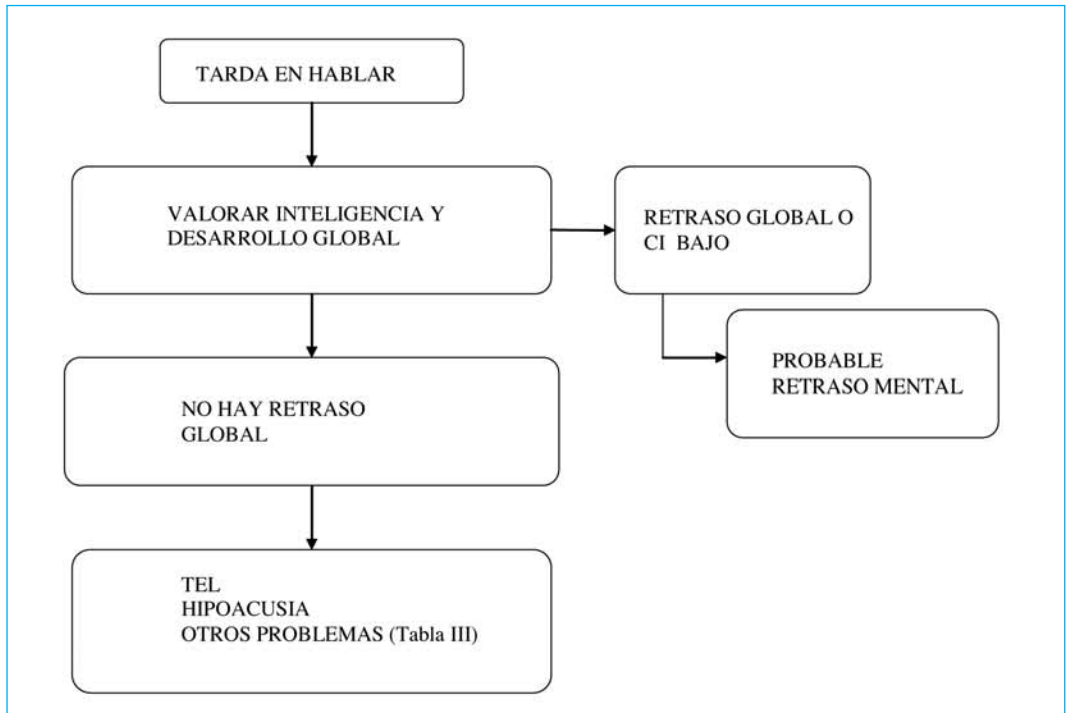


Figura 1. Algoritmo para orientación general del diagnóstico

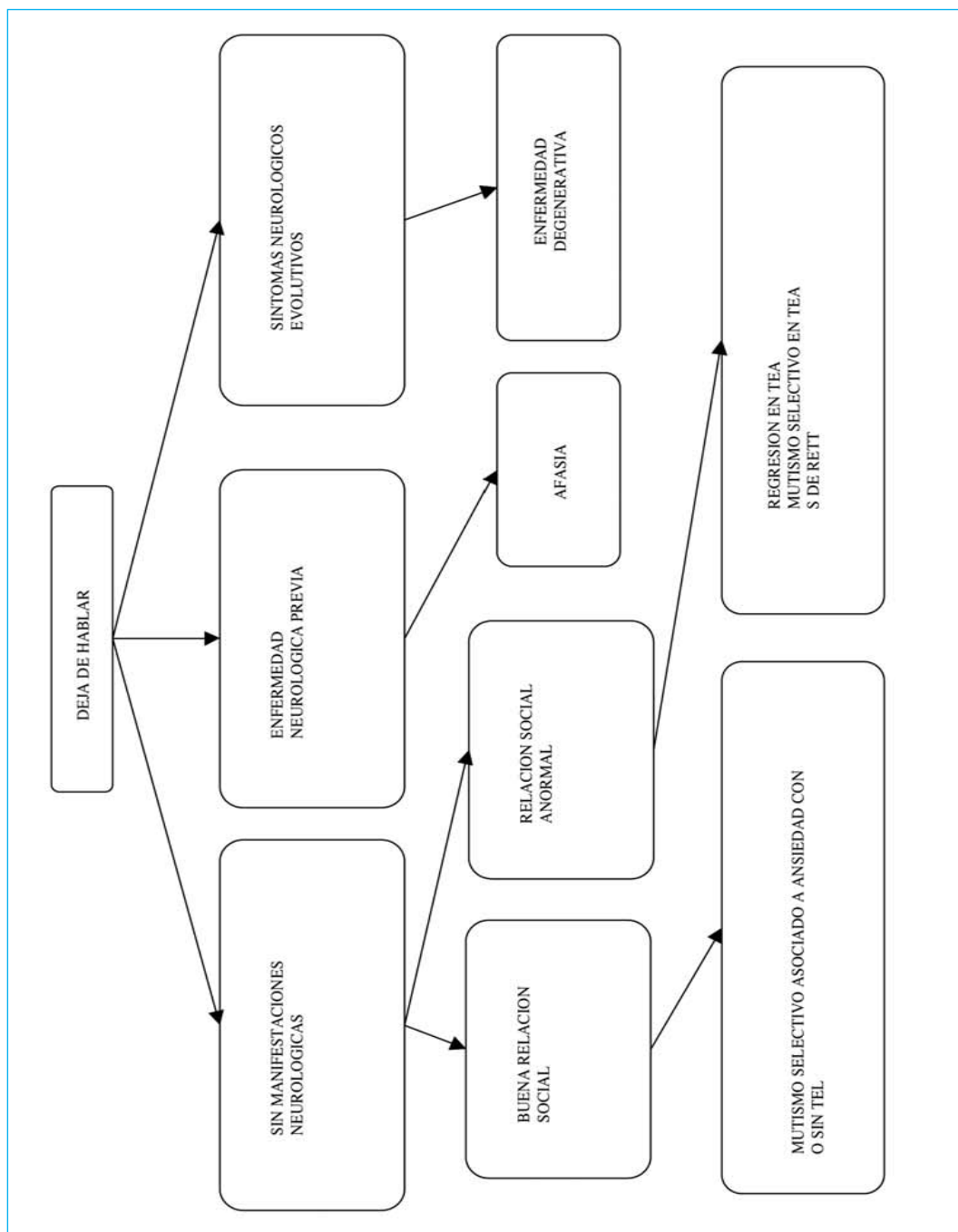


Figura 2. Algoritmo diagnóstico ante pérdida o regresión del lenguaje en un niño

