



## DIAGNÓSTICO DE LAS DISLALIAS

Teniendo en cuenta la clasificación inicial, las dislalias orgánicas, pueden interesar los diferentes órganos articulatorios, siendo la toma dependiente de cada zona específica.

La dislalia labial puede verse en los casos de parálisis facial y en el labio leporino.

La parálisis facial unilateral de los músculos de la cara produce en el paciente una dificultad subjetiva para articular las sílabas que contienen las consonantes labiales. La mayoría son de origen periférico, y pueden curar ya sea espontáneamente o mediante tratamiento médico. Cuando esto no ocurre, el trastorno articulatorio suele alcanzar una efectiva y espontánea compensación funcional por acción de los músculos vecinos homo o contralaterales. Solamente en contados casos el timbre vocal queda algo deformado y habrá que recurrir a la atención logofoniatría, practicándose iguales técnicas que en el labio leporino.

El labio leporino como malformación congénita, se caracteriza por una fisura paramediana uni o bilateral que divide el labio superior en 2 y en algunos casos en 3 partes asimétricas.

Esto interesa todos los tejidos que constituyen el labio superior, siendo interrumpido el anillo muscular, que como esfínter limita y regula la abertura bucal y constituye el músculo orbicular de los labios. Se comprende así que todos los movimientos a este nivel resultan deformados especialmente para la articulación correcta de los fonemas bilabiales.

Las dislalias de origen dental y maxilofacial, están en igual grupo, porque la conducta a seguir es muy parecida. Las malformaciones de las arcadas alveolares o del paladar óseo y las maloclusiones dentales, traducen trastornos del habla.

Su interferencia sobre el mecanismo de la palabra es mucho más evidente en la infancia.

Si la normal articulación fonética se encuentra ya bien automatizada, cuando aparece la patología odontomaxilar, las alteraciones del habla serán menores o transitorias, pero de cualquier manera desaparecerán solamente con la intervención del ortodoncista o del cirujano maxilofacial.

En el adulto, la caída de múltiples piezas dentarias, la mala oclusión de las arcadas dentales por fractura o luxación de una o ambas articulaciones temporomandibulares, influyen poco en los fonemas; la lengua, los labios, los arcos alveolares, los carrillos, etcétera compensan o pueden sustituir bastante la zona dentoalveolar.





En el niño las condiciones anatómicas anteriormente mencionadas, determinan en forma refleja y secundaria una imperfecta posición o movilidad de la lengua, y es precisamente ésta la que al final empeora la articulación de la palabra y hasta puede agravar la dismorfia maxilodental.

En los niños más pequeños, la patología odontomaxilar puede modificar también la función deglutoria de la lengua (deglución atípica), alterando a su vez la función articulatoria; lo mismo sucede con la incidencia de hábitos deformantes.

Dentro de las dislalias de origen lingual debemos mencionar al frenillo sublingual, pues se le atribuye, aun entre personas cultas, ser el responsable de las dislalias más variadas, así como también otras afecciones del habla como la tartamudez y la disartria; se ha demostrado que pocas veces el frenillo es tan corto como para dificultar la articulación, y cuando sucede sólo están comprometidos los fonemas /r/ y /l/ (Trabajo de Terminación de Residencia. Regal, 1984).

Las dislalias nasales y palatales, pueden incluirlas en el mismo grupo pues sus patologías se caracterizan por modificar la resonancia de los fonemas, por aumento (rinolalia abierta), o una disminución (rinolalia cerrada). En los casos más leves no se trata en realidad de dislalias, porque no está afectada la articulación, sino sólo en los casos más acentuados hay verdadera dislalia (fisura palatina); en la rinolalia cerrada, las causas fundamentales son por obstrucción de la cavidad nasofaríngea (pólipos, vegetaciones adenoideas, tumores, etcétera), mejorando en la mayoría de las veces con el tratamiento quirúrgico correspondiente.

En las dislalias funcionales, el defecto articulatorio no depende de una alteración anatómica de los órganos que intervienen en este proceso.

Su etiología puede ser variada y Segre señala dentro de éstas los retardos en el desarrollo del lenguaje secundario a retraso mental y déficit auditivo específicamente; la disfunción puede interesar uno o más sonidos independientemente de la zona de articulación, pudiendo las consonantes ser deformadas, omitidas, sustituidas y en ocasiones aparecer de manera alternante sobre todo en los casos de retraso mental.

En el déficit auditivo la secuela más notable es el defecto de la palabra. Cuando aparece en la primera infancia, no permite un desarrollo espontáneo del habla.

Shlorhauser, puntualiza que en estos casos los movimientos articulatorios transcurren en forma más tosca y llamativa, que en los niños de audición normal.



Perelló, señala que hay tendencia a articular mejor las vocales, lo que coincide con otros autores, con respecto a las consonantes las fricativas son las más afectadas.

Finalmente, mencionaremos las dislalias de tipo fisiológico, como su nombre lo indica, son aquellos trastornos articulatorios de carácter transitorio que se observan durante las primeras etapas de desarrollo del habla en el niño, y que van desapareciendo a medida que se fijan y automatizan los modelos acústico-motores verbales del ambiente. Esto hay que saberlo respetar y no pretender que el niño queme etapas hablando con perfección articuladora, cuando esto no es posible, por razones sensomotrices de maduración incompleta, pues esta actitud perfeccionista a destiempo puede dar lugar a una concientización exagerada del acto verbal y llevar consecuentemente a la tartamudez.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Nieto Herrera, M. (1985): *El niño disléxico*. Prensa Mexicana. México.
- Perelló, J. y otros.: *Trastornos del habla* (4ta. edición), Editorial científico médico, Barcelona. 1981
- Nieto Herrera, MB. (1967): *Anomalías del lenguaje y su corrección*, Méndez Otero, México, DF 1967.
- Nieto Herrera, M. (1990): *Retardo del lenguaje*. CEPE. Madrid.
- Ingram, D. (1983): *Trastornos fonológicos en el niño. Médica y Técnica*. Barcelona.
- Cabanas CR. ; y otros. *Dislalias y espasmofemia funcional*. Relaciones específicas. Rev Cubana de Ped. 1973; 45:193-8.
- <http://zip.rincondelvago.com/00031691>