

Hospital Pediátrico Docente "Juan Manuel Márquez"

## **DISLALIAS**

*Dra. Norma Regal Cabrera<sup>1</sup>*

**RESUMEN:** Se hace referencia a las distalias como alteraciones en la articulación de los sonidos del habla, donde no existe una entidad neurológica de base. Dentro de su etiología pueden existir malformaciones o deformidades anatómicas de los órganos articulatorios, dislalias orgánicas; o simplemente una mala coordinación muscular, dislalias funcionales. Es la afección del habla más frecuente en la infancia, de pronóstico favorable en la mayoría de los casos, luego de la realización de un tratamiento logopédico oportuno. Se aborda el tema con el propósito de brindar un conocimiento general de la entidad, y facilitar su diagnóstico y manejo terapéutico.

Descriptores De CS: **DISLALIAS. TRASTORNOS DE LA ARTICULACION/ diagnóstico; TRASTORNOS DE ARTICULACION/etiología; TRASTORNOS DE LA ARTICULACION/terapia; FONETICA.**

El trastorno del habla más difundido entre los escolares, tanto en educación especial como de educación primaria, lo constituyen las alteraciones en la pronunciación, lo que tradicionalmente se conoce como dislalias.<sup>1</sup>

Etimológicamente significa dificultad en el habla, del griego *dis*, dificultad *lalein*, hablar, pudiendo definirse como los trastornos de la articulación en los sonidos del habla (pronunciación), donde no exista como base una entidad neurológica.<sup>2</sup>

El término dislalia no existió siempre. Por mucho tiempo se agrupaban los trastornos de la pronunciación bajo el nombre de dislabia. El suizo *Schulter* en los años 30 del siglo XIX comenzó a utilizar el término de dislalia para diferenciarlo de la *alalia* (sin lenguaje); posteriormente los estudios realizados por diferentes autores como *A. Kussmaul* (1879), *Berkan* (1892), *H. Gutzman* (1927), *P. Liebmann* (1924), *Froschels* (1928), y otros hicieron posible el significado que conserva hoy.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Especialista de I Grado en Logopedia y Foniatría.

Las causas de las dislalias son diversas. En los años 80 del siglo pasado *Soep*, intentó clasificar el trastorno teniendo en cuenta la existencia de dislalias mecánicas (orgánicas) y funcionales.

A comienzos de este siglo xx, autores soviéticos trataron de explicar el surgimiento de la dislalia sobre bases de trastornos auditivos de carácter periférico por un lado, y con alteraciones en la función de los órganos de la articulación por otro.<sup>4</sup>

Según *Segre* las dislalias son trastornos de la articulación de la palabra, debida a las alteraciones de los órganos periféricos que la producen sin daño neurológico; clasificándolas en orgánicas a consecuencia de lesiones anatómicas en los órganos articulatorios y funcionales, cuya causa esta dada por una mala coordinación muscular debido a factores etiológicos diferentes.<sup>5</sup>

Es necesario tener en cuenta que la pronunciación de los fonemas puede estar alterada de diferentes formas, por sustitución, distorción y omisión; a su vez pueden variar de acuerdo con el número de fonemas afectados, pudiendo ser simple, múltiple y generalizada. Además la nomenclatura del trastorno correspondiente se determina con el uso del nombre griego del fonema, al que se une el sufijo (*ismo*). La alteración de la /r/ rotacismo, la de la /s/ sigmatismo, etcétera si el fonema no esta incluido en el alfabeto griego, se utiliza dislalia de nombre del fonema en español (Trabajo de Terminación de Residencia Dra. Regal 1984).

## DIAGNÓSTICO

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.<sup>5</sup>

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.<sup>6</sup>

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.<sup>7</sup>

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.<sup>8</sup>

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.<sup>9,10</sup>

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 disartría; 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.<sup>11,12</sup>

En las dislalias funcionales, el defecto articulatorio no depende de una alteración anatómica de los órganos que intervienen en este proceso.<sup>13,14</sup>

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.<sup>15,16</sup>

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*,<sup>17</sup> puntualiza que en estos casos los movimientos articulatorios transcurren en forma más tosca y llamativa, que en los niños de audición normal.

*Perelló*,<sup>18</sup> 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.<sup>19,21</sup>

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 que me etapas hablando con perfección articulatoria, cuando esto no es posible, por razones sensomotrices de maduración incompleta, pues esta actitud perfeccionista

a destiempo puede dar lugar a una concienciación exagerada del acto verbal y llevar consecuentemente a la tartamudez.<sup>22</sup>

## CONDUCTA TERAPÉUTICA

Ésta se efectuará teniendo en cuenta las líneas generales de tratamiento, para los trastornos articulatorios.<sup>1,3</sup>

- Utilización de articulaciones o cualidades de articulación, que lleve implícito el esqueleto funcional del fonema afecto.
- Movimientos biológicos con similares bases de funcionalismo.

En las dislalias orgánicas se debe realizar la corrección de la deformidad o malformación anatómica, y valorar posteriormente la terapia logopédica.

El logoterapeuta evocará las posiciones y los mecanismos normales de los distintos fonemas, enseñará al sujeto a repetir el movimiento correcto. Se valdrá para esto de la imitación visual, acústica y cinestésica de su propia articulación, que solicitará al paciente como fonema aislado en un principio, para sumarla luego en sílabas y sucesivamente en palabras.

Dentro de los factores que influyen en la evolución se encuentran, el coeficiente

intelectual, la atención acústica, la cooperación individual y las características del ambiente sociofamiliar. Se plantea que esta terapia debe ser presentada al niño, como un entretenimiento, en el cual encuentre gusto y justificación instructiva, repitiéndolo diariamente hasta llegar a la automatización de los fonemas aprendidos.

## **Conclusiones**

Se define a la dislalia como un trastorno para la producción de los sonidos articulados, donde no exista una entidad neurológica de base, éstas pueden ser clasificadas en dislalias orgánicas, cuando es determinada por una lesión anatómica de los órganos articulatorios, y dislalias funcionales, cuya causa reside en una mala coordinación muscular, debido a factores etiológicos diferentes. El diagnóstico diferencial se realiza con las disartrías; la terapia se realiza siguiendo las líneas generales de tratamiento para los trastornos articulatorios. Además inciden en el pronóstico distintos factores como el tipo de dislalia, cuantía y calidad de la afección anatómica, así como coeficiente intelectual, atención acústica, cooperación individual y familiar.

**ABSTRACT:** Reference is made to dyslalias as disorders of the articulation of speech sounds in which no basic neurological entity exists. Their ethiology may include either anatomic malformations or deformities in the articulatory organs, i.e, organic dyslalias, or muscular ill coordination, i.e, functional dyslalia. Dyslalia is the most frequent speech disorder in childhood with favorable prognosis in the majority of cases after an adequate logopedic treatment. This subject is addressed in this paper so as to provide a general information on this disease and facilitate diagnosis and therapeutical management.

Subject headings: **DIALYSIS ARTICULATION DISORDERS/diagnosis; ARTICULATION DISORDERS/etiology; ARTICULATION DISORDERS/therapy; PHONETICS.**

## **Referencias bibliográficas**

1. Martín Pérez M. y col.: Los métodos para el tratamiento fofonoiátrico. Editorial de libros para la educación. Ciudad de La Habana. 1982.
2. Figueredo, E y col.: Logopedia I. Editorial Pueblo y Educación, Ciudad de La Habana, 1984.
3. Material de apoyo a los programas del curso de logopedia y foniatría. Ministerio de salud pública. Dirección nacional de docencia media. Ciudad de La Habana, 1980.
4. Liapidievski S.: Bosquejos sobre patologías del habla y de la voz. Edición Prosvescheuie, Moscú 1967.
5. Segre, R.: La comunicación oral normal y patológica. Toray, Argentina S.A.C.I. Buenos Aires 1973.
6. Cabanas Comas, R.: Fisura palatina y rinolalias en general. Rehabilitación funcional logofoniatría. Rev Cubana Ped. 1976.
7. Peterson Fatzzone, G.I.: Alteraciones fonéticas vinculadas con anomalías dentomaxilofaciales. Arch Speech, pp68-69 1990.
8. Valiente Zaldivar, C, y otros.: Las maloclusiones dentarias, y su relación con los trastornos del lenguaje (II parte). Rev Cubana Estomatología, mayo-agosto 1987.
9. Blanco, A.M, y col.: Las maloclusiones y su relación con los defectos en la producción de los sonidos articulados. Rev Cubana Ortod. 1994;9(1-2):29-36 Dic.
10. Jiménez Ariosa A, y col.: Alteraciones del habla en niños con anomalías dento maxilo-faciales. Rev Cubana Ortod. 1997;13(1):29-36.
11. Instituto nacional de servicios sociales (inserso): Trastornos del lenguaje. Diagnóstico y tratamiento, monografía No. 9. Servicios de publicaciones del ministerio de sanidad y seguridad social, Madrid 1979.
12. Perelló, J. y otros.: Trastornos del habla (4ta edición), Editorial científico médico, Barcelona. 1981.
13. Nieto Herrea, MB.: Anomalías del lenguaje y su corrección, Méndez Otero, México, D.F 1967.
14. Cabanas Comas, R.: Comunicación oral; importancia médico social. Rev Hosp Psiqu Hab. 249-256 1980.
15. González BJ.: Tartaleo. Desequilibrio del lenguaje central. Rev Cubana Ped, enero?febrero 1979.
16. Cabanas CR.: Función de la comunicación oral en el diagnóstico temprano del niño R.M. Rev Cubana Ped. julio?agosto 1978.
17. Shlorhauser N.: Niños sordos e hipoacúsicos. En Berendes J, et al.: Tratado de Orl. Editorial científico médico, Barcelona, 1970.
18. Perelló J, et.al.: Audiofoniatría y logopedia. Vol VIII. Trastornos del habla. Editorial científico médica, Barcelona, 1973.
19. Pialoux P, et al.: Manual de logopedia. Toray masón, Barcelona, 1978.
20. Bouton, Ch.P.: El desarrollo del lenguaje. UNESCO, París, 1976.
21. Lafan J.C.: Problemas del niño sordo. En: Laumay C. Borel-Marsonny, S.: Trastornos del lenguaje, la palabra y la voz en el niño. Toray masón, S.A., Barcelona, 1975.
22. Cabanas CR.; y otros. Dislalias y espasmofemia funcional. Relaciones específicas. Rev Cubana de Ped. 1973;45:193-8.

Recibido: 2 de julio de 1999. Aprobado: 13 de julio de 1999.

Dra. *Norma Regal Cabrera*. Hospital Pediátrico Docente "Juan Manuel Marquez" Ave 31 y 78. Marianao, Ciudad de La Habana, Cuba.