



Pediatría Atención Primaria

ISSN: 1139-7632

revistapap@pap.es

Asociación Española de Pediatría de
Atención Primaria
España

El Kadaoui Calvo, M.; Molina Gutiérrez, M. A.; Gómez Andrés, D.
Enfoque y manejo de la tartamudez
Pediatría Atención Primaria, vol. XVII, núm. 65, enero-marzo, 2015, pp. e49-e51
Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366638768011>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Publicado en Internet:
18-febrero-2015

María El Kadaoui Calvo:
mariolick@hotmail.com

Nota clínica

Enfoque y manejo de la tartamudez

M. El Kadaoui Calvo^a, M. A. Molina Gutiérrez^b, D. Gómez Andrés^c

^aMIR-Pediatría. Hospital Infantil Universitario La Paz. Madrid. España • ^bServicio de Pediatría. Hospital Infantil Universitario La Paz. Madrid. España • ^cServicio de Pediatría. Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid. España.

Palabras clave:

- Lenguaje
- Tartamudez
- Desarrollo
- Genética

Resumen

La tartamudez es el trastorno del habla más frecuente en la edad pediátrica. Su etiología es multifactorial. El diagnóstico se basa en una correcta anamnesis y exploración clínica. Se describe un caso y se comentan los puntos clave de su manejo.

Approach and management of stuttering

Key words:

- Speech
- Stuttering
- Development
- Genetics

Abstract

Stuttering is the most common speech disorder in childhood. It has a multifactorial etiology. The diagnosis is based on clinical history and physical examination. A case is described and the key points of its management are discussed.

INTRODUCCIÓN

La tartamudez es el trastorno del habla más frecuente en la edad pediátrica. Su etiología es multifactorial. El diagnóstico se basa en una correcta anamnesis y exploración clínica. A pesar de que un gran número de casos se resuelve espontáneamente, no se debe retrasar más de un año el tratamiento, porque las formas de larga evolución tienen peor pronóstico. En los casos en los que el tartamudeo se asocia a otra sintomatología neurológica, hay que descartar otras patologías.

CASO CLÍNICO

Varón de cuatro años que, de forma súbita, hace diez días presenta alteración del habla consistente en repetición de sílabas y prolongación de sonidos. No tiene otra sintomatología neurológica. Los padres lo relacionan con un traumatismo craneal sufrido el día previo al inicio del cuadro. Previamente su lenguaje era pausado y se consideraba como normal para su edad. Presentaba una adecuada adquisición de habilidades del lenguaje y otros hitos del neurodesarrollo hasta el momento actual.

Cómo citar este artículo: El Kadaoui Calvo M, Molina Gutiérrez MA, Gómez Andrés D. Enfoque y manejo de la tartamudez. Rev Pediatr Aten Primaria. 2015;17:e49-e51.

En la exploración, el paciente presenta un lenguaje coherente con repetición de fonemas en las frases y pausas prolongadas entre los mismos. La pronunciación es correcta pero el paciente tiene que esforzarse para controlarla. Organiza oraciones de tres o cuatro palabras sin problemas sintácticos. Muestra una adecuada comprensión oral. El resto de exploración neurológica normal.

Ante estos datos se diagnostica de tartamudeo del desarrollo y se recomienda la valoración por un logopeda.

DISCUSIÓN

La tartamudez o disfemia es una alteración involuntaria de la fluencia de la expresión verbal. Se caracteriza por la repetición de sonidos, sílabas o palabras, los bloqueos al hablar o las pausas prolongadas entre sonidos y palabras¹.

La disfemia del desarrollo es la forma más frecuente y constituye en torno al 80% de los casos. Ocurre en niños que están desarrollando las habilidades del lenguaje, generalmente entre los tres y los ocho años. Típicamente se inicia en pacientes que presentaban un desarrollo del lenguaje normal y con frecuencia lo hace de forma súbita (en la mitad de los casos entre uno y tres días y en un tercio en un único día). Dicho inicio no se asocia a factores ambientales o sociales concretos y la timidez no supone un factor de riesgo². El diagnóstico se basa en la clínica y no son necesarias pruebas complementarias³.

Gran parte de los casos empiezan en el tercer año de vida y a partir de los cinco años el riesgo de inicio de tartamudeo es muy bajo. Las diferencias entre los dos sexos son escasas en los primeros años de vida, mientras que en los adultos la relación hombres:mujeres es 4:1, lo que indica que las mujeres se recuperan más frecuentemente que los varones. Los efectos de la raza, cultura, bilingüismo o nivel socioeconómico en la incidencia y prevalencia de la tartamudez siguen siendo dudosos⁴.

En los niños con tartamudez existe una alteración en el desarrollo de las áreas cerebrales implicadas en el lenguaje cuya base es en gran parte genética. Hasta un 70% de los pacientes que tartamudean tienen antecedentes familiares¹. Recientemente se han identificado varios genes asociados a la tartamudez (GNPTAB, GNPTG y NAGPA). Tres de estos genes están implicados en funciones lisosomales. Se cree que las mutaciones en ellos podrían ocasionar una alteración metabólica en las regiones implicadas en el lenguaje^{5,6}.

Existe un gran número de casos de recuperación completa de forma espontánea, cuyas cifras varían entre los diferentes estudios. En general se considera adecuado realizar un seguimiento de estos pacientes durante un año antes de instaurar el tratamiento^{2,3,7}. Sin embargo, en los casos en los que el niño esté angustiado, sea reacio a comunicarse con los demás o si existe gran ansiedad paterna, está indicado comenzar el tratamiento de manera inmediata. Las formas de larga evolución tienen peor respuesta al tratamiento. Uno de los métodos más eficaces y utilizados por los logopedas es el llamado Lindcombe, en el que se enseña a los padres a utilizar técnicas de retroalimentación positiva en el domicilio².

Existe otro tipo de tartamudeo menos frecuente, conocido como tartamudeo neurogénico, que se asocia a otros síntomas de disfunción neurológica y que se debe a patología orgánica⁸. Theys *et al.*⁹ describen el caso de un adolescente de 16 años, que presentó un tartamudeo de aparición brusca tras una infección por rotavirus, que se siguió de signos sugestivos de encefalitis.

En los adultos, un tartamudeo de inicio brusco puede ser un signo de ictus isquémico¹⁰.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Prasse JE, Kikano GE. Stuttering: an overview. *Am Fam Physician*. 2008;77:1271-6.
2. Reilly S, Onslow M, Packman A. Natural history of stuttering to 4 years of age: a prospective community-based study. *Pediatrics*. 2013;132:460-7.
3. Onslow M, O'Brian S. Management of childhood stuttering. *J Paediatr Child Health*. 2013;49:E112-5.
4. Yairi E, Ambrose N. Epidemiology of stuttering: 21st century advances. *J Fluency Disord*. 2013;38:66-87.
5. Fisher SE. Genetic susceptibility to stuttering. *N Engl J Med*. 2010;362:750-2.
6. Drayna D, Kang C. Genetic approaches to understanding the causes of stuttering. *J Neurodev Disord*. 2011;3:374-80.
7. Kingston M, Huber A, Onslow M, Jones M, Packman A. Predicting treatment time with the Lidcombe Program: replication and meta-analysis. *Int J Lang Commun Disord*. 2003;38:165-77.
8. Yeoh HK, Lind CRP, Law AJJ. Acute transient cerebellar dysfunction and stuttering following mild closed head injury. *Childs Nerv Syst*. 2006;22:310-3.
9. Theys C, van Wieringen A, Tuyls L, De Nil L. Acquired stuttering in a 16-year-old boy. *J Neurolinguistics*. 2009;22:427-35.
10. Grant AC, Biousse V, Cook AA, Newman NJ. Stroke-associated stuttering. *Arch Neurol*. 1999;56:624-7.