

HOSPITAL INFANTIL DOCENTE "PEDRO BORRAS"

Las disartrias

Por el Dr.:

JUAN SABINO GUTIERREZ HERNANDEZ*

Gutiérrez Hernández, J. S. *Las disartrias*. Rev Cub Ped 49: 4, 1977.

Se plantea que las disartrias constituyen un frecuente e importante capítulo en medicina, no obstante, la literatura médica sobre ella no es todo lo extensa que su alcance requiere, aun en textos clásicos de neurología y otras especialidades. Este tema pretende una actualización sobre las mismas que esté a la altura de los conocimientos actuales, y desde el punto de vista práctico permita una clasificación adecuada, así como un enfoque fisiopatológico preciso. Plantea además el tratamiento de las mismas, de lo que se adolece por completo en los estudios considerados, desde el punto de vista logofoniatrico.

Concepto y fisiopatología

Es sumamente importante en este tema el esclarecimiento del concepto, pues los términos "disartria", "anartria", "dislalia" y "alalia",¹ han sido manejados por un sinnúmero de autores de forma muy diversa, por lo que los mismos tienen acepciones disímiles atendiendo a su clínica, fisiopatogenia, origen, etc. Para Cardenal¹ por ejemplo, una disartria es una dificultad articulatoria, independientemente de la causa que la produzca (sea neurológica o no) mientras que para Cabanas Comas² lo es sólo cuando la misma es provocada por un mecanismo neurógeno.

En el caso de la anartria, la cosa es mucho más complicada. Cardenal,¹ indistintamente la plantea como imposibilidad articulatoria o afasia subcortical.

Nosotros la consideramos igualmente en ambas acepciones aunque entendemos la necesidad de una nomenclatura más definida en este sentido y proponemos concretamente la de anartria disartria para nominar a la que se relaciona con una dificultad puramente articulatoria; esto es, la que está en relación con las disartrias, o si se quiere de otra manera, la que no es otra cosa que una disartria extrema o total; y dejamos el de anartria-afasia para la afasia de acuerdo con Azcoaga.³ Los términos de dislalia y alalia se reservan² para los casos de dificultad articulatoria sin compromiso neurológico, aunque esto último, es claramente algo muy difícil de poder demostrar.

En resumen llamamos:

dislalia: la dificultad articulatoria periférica o central, funcional u orgánica donde no haya lesión neurológica demostrable clinicamente o por otro medio.

* Residente de 2do. año de logofoniatría.

alalia: cuando es el mismo caso pero llevado al extremo, o sea a la imposibilidad articulatoria o ausencia de la misma, independientemente de su origen, siempre que no sea de causa neurológica.

disartria: dificultad articulatoria periférica o central, pero siempre de causa neurológica, al menos demostrable clínicamente.

anartro disartria: la de *Pierre Marie*¹ ajena a las afasias, o sea el grado máximo de imposibilidad articulatoria pura, sin relación con lenguaje interno o externo, cortical o subcortical, esto es, perteneciente al segundo nivel o del habla y no al primero o del lenguaje.²

anartro-afasia: la de *Azcoaga*,³ esto es un tipo de afasia motora o expresiva, cortical siempre, y en relación con los estereotipos o engranes de las palabras en la constitución de las mismas.

Clasificación

Tomando como base a *Brain*⁴ en cuanto a explicar el cuadro clásico y fisiopatológico, nosotros preferimos nuestra propia clasificación de las disartrias, que es como sigue:

Central	{ cortical	{ cuerpo estriado
	{ subcortical	{ cerebelo
Periférica	{ neurona motora periférica	
	{ músculo	

Disartria central. Como su nombre lo indica son causadas por daño de las estructuras o neuronas motoras corticales o subcorticales, esto es piramidales o extrapiramidales respectivamente, caracterizándose de modo clásico en la mayoría de los casos en que no se afectan fonemas en particular, sino el habla en su conjunto notándose globalmente mal articulada, pobremente dibujada y acompañándose con gran frecuencia de disintonía (sobre todo o esencialmente en la subcortical o extrapiramidal) en

cualesquiera de sus formas. No hay casi nunca lesiones periféricas demostrables, y aun cuando existen no son causa directa de la disartria, como en el caso de parálisis facial central. Se sabe que el paciente está disártrico de forma generalizada sin poderse demostrar una disartria en particular.

La disartria cortical según *Brain*,⁴ se debe a lesión piramidal bilateral y puede observarse según este autor en la diplegia congénita y en la esclerosis lateral amiotrófica. Los músculos están paréticos y espásticos. Hay palabra farfullante con dificultad en la pronunciación de consonantes labiales y dentales.

En las disartrias subcorticales podemos diferenciar perfectamente las provocadas por lesión del cuerpo estriado de las de lesión cerebelosa. En el primer caso lo característico es la rigidez muscular lo que se traduce en articulación lenta por inmovilidad de labios y lengua. Hay marcada disintonía o disprodia⁴ (monotonía). El ejemplo característico en este grupo es la enfermedad de *Parkison*.

En las disartrias cerebelosas a diferencia de las anteriores hay marcados trastornos de la articulación,⁵ esto es una disartria atáxica o ataxia articulatoria. Las sílabas están mal enlazadas o irregularmente separadas; es la palabra escandida o silábica, en los casos graves, explosiva y con violentas muecas. Ejemplos: síndrome coreo-atetósico; esclerosis múltiple y ataxias hereditarias.

*Brock y Krieger*⁶ asocian las disartrias centrales con afasias, lo que se ve frecuentemente en la clínica, planteando, de acuerdo con *Head*⁷ y *Critchley*⁸ la posibilidad de que exista en estas últimas una apraxia motora de los músculos participantes en la articulación, pudiendo contribuir al trastorno total del lenguaje observado en los pacientes afásicos.

Las disartrias periféricas a diferencia de las que hemos visto hasta ahora, tienen casi siempre, por no decir en todos los casos, una localización demostrable,

por haber toma de unos o varios pares craneales, sobre todo aquéllas que intervienen en la articulación (V, VII, IX, X, XII), o del músculo, pudiendo observarse en las parálisis faciales centrales o periféricas: paresias velares (con producción de hiperinofonías), o de la lengua, dando múltiples trastornos articulatorios acordes con la lesión o lesiones combinadas, o de un músculo o grupo muscular si se trata del caso de una miopatía. Por lo tanto, fisiopatógicamente y explicando lo anterior las disartrias, de acuerdo con la clasificación señalada serán de la neurona motora periférica (en el caso de toma de los pares craneales descritos), o del músculo o músculos directamente, de tratarse de una miopatía: *miastenia gravis* por ejemplo, caracterizándose en este último caso de miopatías por la fatigabilidad característica que conduce a "apagamiento" creciente de la palabra durante el conteo numérico.

Tratamiento

Es la logofoniatría quien prácticamente de forma única hace frente al tratamiento de las disartrias, utilizando para ello técnicas funcionales específicas con el tipo de disartria que sea necesario enfrentar.

De forma general, y sin que pueda entrar a explicarse en detalle, las disartrias centrales que serán, por lo que se explicó anteriormente, generalizadas en su casi totalidad y acompañadas de disen-

tonía, se tratarán con repetición de frases marcando la articulación y entonación (este último si existiera disentonía).

La técnica inicial de la disartria² es idéntica a la de la dislalia, diferenciándose con frecuencia de aquélla en la aplicación conjunta de la misma con la masticación sonora natural o amplia.³

Intervienen por lo tanto en la técnica inicial de la disartria:

- la sigmoterapia inicial
- vibración bilabial (si no existe R. M.)
- funcionalismo J.
- arco lingual funcional

Esta técnica puede aplicarse indistintamente en las disartrias centrales y periféricas.

Cuando la disartria es periférica y está motivando sin lugar a dudas una disartria (pongamos el más frecuente ejemplo de parálisis facial) puede indicarse la extenso-proyección-bilabial-funcional-sonora, que según *Cabanas Comas*⁴ da resultados positivos.

Es necesario en el tratamiento de las disartrias como cualquier otro en logofoniatría la aplicación de psicoterapia asociada por el logofonoterapeuta, logofoniatra o psicólogo, imprescindible para mantener el optimismo en el paciente que le permita continuar activamente la terapéutica indicada.

SUMMARY

Gutiérrez Hernández, J. S. *Dysarthrias*. Rev Cub Ped 49: 4, 1977.

Though dysarthrias are a frequent and important chapter of medicine, the related medical literature is not as broad as it should be according to their significance; this is true even for the classical text-books on neurology and other specialties. This paper intends to provide an updated information on this condition which will allow an adequate classification as well as a definite pathophysiological approach. Their treatment from the logophoniatric viewpoint —not mentioned in the studies considered— was stated.

RESUME

Gutiérrez Hernández, J. S. *Les dysarthries*. Rev Cub Ped 49: 4, 1977.

L'auteur signale que les dysarthries constituent un fréquent et important sujet dans la médecine, cependant la littérature médicale concernant ce sujet n'est pas trop vaste, même pas dans des textes classiques de neurologie et d'autres spécialités. Ce thème aspire à une mise à jour des dysarthries qui soit en concordance avec les connaissances actuelles, et que du point de vue pratique il permette une classification adéquate, ainsi qu'une façon précise de l'envisager du point de vue physiopathologique. On signale en plus le traitement des dysarthries du point de vue logophoniatrice, ce qui manque dans les travaux examinés.

RESUME

Гутьеррес Эрнандес, Х. С. *Дизартрии*. Rev Cub Ped 49: 4, 1977.

Указывается, что дизартрии представляют собой часто встречающийся и важный раздел медицины, который однако в медицинской литературе не освещен достаточно полно, как это необходимо, даже в классических трудах по неврологии и другим специальностям. Эта работа претендует актуализировать тему на уровне современных знаний, с практической точки зрения произвести соответствующую классификацию, а также осветить вопрос физиопатологии. Кроме того, указывается лечение дизартрий с точки зрения логофонии, что совершенно отсутствует в компетентных исследованиях.

BIBLIOGRAFIA

1. Cardenal, L. Diccionario terminológico de Ciencias Médicas. Segunda Edición. Isidro Hernández. La Habana, 1947.
2. Cabanas Comas, R. Comunicación personal al autor. La Habana, 1976.
3. Azcoaga, J. E. Trastornos del lenguaje. Editorial "Cuenca". Buenos Aires, 1974.
4. Citado en Barranquer Bordas, L. Neurología fundamental. Edición Revolucionaria, La Habana, 1967.
5. Brain Lord Russell. Clinical neurology. Oxford University Press. Traducción al español. Editorial Marin. S. A. Barcelona, 1965.
6. Brock, S. y Krieger, H. P. Fundamentos de neurología clínica. Editorial Jimms, Barcelona, 1966.
7. Citado en Brock, S. y Krieger, H. P. Fundamentos de neurología clínica. Editorial Jimms, Barcelona, 1966.
8. Citado en Brock, S. y Krieger, H. P. Fundamentos de neurología clínica. Editorial Jimms, Barcelona, 1966.

Recibido: setiembre 24, 1976.

Aprobado: octubre 23, 1976.