

ACTUACIÓN NEUROPEDIÁTRICA ANTE EL RETRASO DEL LENGUAJE

A. Morant^a, S. Hernández^a, F. Mulas^{a,b}

NEUROPAEDIATRIC MANAGEMENT OF DELAYED LANGUAGE ACQUISITION

Summary. *In this paper we wish to offer a practical approach to the neuropaediatric assessment which should be carried out in all children with delay or problems in the acquisition of language. For this reason it is necessary to understand the development of the evolving nervous system of the child in general and of language in particular, and to know the current classification of these problems in order to reach a satisfactory diagnosis. Full assessment of children requires experience, skill and time so as to differentiate the more serious from the less serious cases and to orientate the diagnosis and consequently the most suitable treatment in each case. [REV NEUROL CLIN 2000; 1: 95-102] [<http://www.revneurolog.com/RNC/0101/a010095.pdf>]*

Key words. *Children. Evaluation. Language. Language disorder.*

INTRODUCCIÓN

La capacidad de hablar reside en el sistema nervioso y es posible gracias a la suma de intrincados mecanismos neurológicos que se han desarrollado en el cerebro humano y no en otras especies del reino animal.

El lenguaje es la facultad de comunicarse que poseen los seres humanos y que emplea un código o sistema de signos aprendidos con significados compartidos socialmente, convencional, arbitrario, lineal y económico, basado generalmente en señales sonoras, las cuales pueden convertirse en señales visuo-gráficas o táctiles. El habla es la producción y percepción de los símbolos orales.

La presencia de problemas del lenguaje en un niño, cifrada entre el 3 y el 10% de la población infantil menor de 6 años [1], lleva consigo una alteración en la comunicación con los demás, y, en muchas ocasiones, es la manifestación de otros

problemas como la sordera, el retraso mental o un trastorno autista. Debido a ello, la evaluación de un niño con alteraciones del habla o lenguaje es muy compleja y exige ser conocedor de una serie de clasificaciones y conceptos básicos, así como de poder manejar y aplicar los principios básicos del desarrollo.

DESARROLLO DEL LENGUAJE

El lenguaje aparece durante el primer año de vida y acompaña a casi todas las actividades humanas. Aparentemente, su adquisición no requiere un esfuerzo especial, pero hay que tener en cuenta que el niño no nace siendo 'capaz de hablar', sino que la interacción adulta, generalmente en el contexto de la familia, poco a poco va consiguiendo 'hacerle capaz de hablar' [2].

En la tabla I se observa como el desarrollo del lenguaje queda dividido en dos grandes etapas: prelingüística y lingüística, separadas por el inicio de la emisión de las primeras palabras [3]. A su vez, el desarrollo del lenguaje implica la adquisición con sus cuatro componentes: el fonológico, el sintáctico, el cognitivo y el pragmático. Los componentes fonológico y el sintáctico van a depender del código verbal y del idioma implicado. El componente cognitivo implica el léxico

Recibido: 09.02.00. Aceptado: 18.02.00.

^a Instituto Valenciano de Neurología Pediátrica (INVANEPE). ^b Servicio de Neuropediatría. Hospital Universitario Infantil La Fe. Valencia. España.

Correspondencia: Dra. Amparo Morant. Instituto Valenciano de Neurología Pediátrica (INVANEPE). Guardia Civil, 20. Esc. 4, 9.º 33.ª. E-46020 Valencia. E-mail: med012418@nacom.es

© 2000, REVISTA DE NEUROLOGÍA CLÍNICA

Tabla I. Desarrollo del lenguaje.

Etapa prelingüística	
1. Balbuceo primario indiferenciado (1-6 meses)	Propuestas infantiles sin intención, pero el adulto se las atribuye
2. Balbuceo imitativo o canónico (7-12 meses)	Inician propósitos comunicativos. Existe intención real, sin recursos verbales (gestos, acciones). Se necesita la retroalimentación auditiva para ir adaptando las propias emisiones a los diferenciadores fonéticos del entorno lingüístico
Etapa lingüística (intención clara expresada con recursos verbales)	
3. Primeras palabras y holofrases (segundo año)	Convalor lingüístico
4. Primera expansión morfosintáctica (tercer año)	Sujeto-predicado, nombre-adjetivo, verbo (con sujeto implícito)-complemento directo, vocativo-nombre o verbo. Vocabulario hasta 1.000 términos
5. Segunda expansión morfosintáctica (cuarto y quinto año)	Se completa la adquisición de todos los componentes gramaticales del lenguaje, se enriquece el léxico. Todo ello para favorecer el aprendizaje de la lecto-escritura a los 6 años. El componente fonológico expresivo es ya similar al del adulto.

(conjunto de palabras de un idioma) y la semántica (estudio de su significado). Y el componente pragmático o práctico es el que otorga al lenguaje su función social y comunicativa. Todos estos componentes se desarrollan independientemente y a un ritmo variable, pero terminan vinculados en una actividad lingüística unitaria [4].

EVALUACIÓN NEUROPEDIÁTRICA

Los padres se muestran preocupados cuando el niño no habla entre los 18 meses y los 3 años, y la mayoría de las consultas que se ocasionan por problemas del habla o del lenguaje se producen entre los 2 años y medio y los 5 años [5].

En la tabla II se muestra una pequeña guía sobre cuándo estaría indicado realizar una valo-

Tabla II. Criterios para solicitar una valoración específica en un niño con problemas del lenguaje.

Edad (meses)	Pautas para solicitar una exploración en niños con retraso en el lenguaje
12	No se aprecia balbuceo ni imitación bucal
18	No utiliza palabras aisladas
24	Vocabulario de palabras aisladas con ≥ 10 palabras
30	Menos de 100 palabras; no se aprecian combinaciones de dos palabras; ininteligible
36	Menos de 200 palabras; no utiliza frases telegráficas, claridad $< 50\%$
48	Menos de 600 palabras; no utiliza frases sencillas, claridad $< 80\%$

ración del niño con un problema del lenguaje por parte de un profesional [6].

Cuando se valora a un niño pequeño cuyo lenguaje no se desarrolla o a un niño de más edad cuyo desarrollo lingüístico se realiza demasiado lentamente, la primera tarea consiste en afirmar la realidad del trastorno y, a continuación, en comprobar su eventual naturaleza específica; si esta última se confirma, deberá intentarse la clasificación del tipo de trastorno con arreglo a los criterios clínicos más comunes aparecidos en la bibliografía más reciente, teniendo como objetivo delinear la intervención terapéutica más adaptada posible.

Lo fundamental, dentro de la evaluación neuropsiquiátrica inicial, es distinguir lo grave de lo menos grave e intentar encuadrar el trastorno del lenguaje en uno de los tres grandes apartados de las clasificaciones más conocidas: problema instrumental, trastorno específico del habla y lenguaje, o trastorno psicolingüístico [3], tal y como se muestra en la tabla III.

Historia clínica

La evaluación inicial comienza con una historia clínica completa, donde debe hacerse hincapié en que la descripción del problema actual no debe realizarse de forma aislada, sino en el contexto

del desarrollo neuroevolutivo del niño, tanto desde el punto de vista psíquico como motor; por ello, es muy importante el conocimiento del desarrollo completo del niño hasta ese momento y de los factores de riesgo que hubieran podido acontecer.

En cuanto a los antecedentes personales hay que conocer todos los datos concernientes a la gestación (las infecciones congénitas ocasionan hipoacusia), al parto y al período perinatal (prematuridad, anoxia perinatal, encefalopatía hipóxico-isquémica, traumatismos obstétricos, etc.). Otros antecedentes que podrían estar relacionados son el padecimiento de infecciones como la meningitis, el empleo de fármacos ototóxicos, los traumatismos craneoencefálicos, las crisis epilépticas, las otitis medias crónicas serosas, etc.

Es importante valorar y conocer el ambiente psicosocial donde se ha desarrollado el niño, ya que es necesario –tal y como se ha comentado anteriormente– el estímulo auditivo para el desarrollo del lenguaje. Puede haber problemas en niños sanos de padres sordomudos, debido a la falta de un ambiente hablado alrededor de éste, y en niños con gran privación afectiva, como los niños que han estado en orfanatos y que posteriormente son adoptados.

Debe incidirse en los hitos del desarrollo psicomotor para valorar la existencia o no de retrasos o problemas en este área, con el fin de conocer si hay o no problemas relacionados con el retraso del lenguaje.

La valoración neuroevolutiva del lenguaje comprende el conocimiento de la existencia o no de problemas en la capacidad de tragar y en otras actividades en las que intervengan los pares craneales implicados en la articulación y producción del lenguaje. Evaluar las etapas del lenguaje y sus estadios a veces no es una tarea fácil, ya que muchos padres no recuerdan cuándo se produjeron estos hechos en su hijo, por ello, en la actualidad, la aportación de una cinta de vídeo evolutiva del niño resulta de gran importancia.

En los antecedentes familiares debemos inci-

Tabla III. Clasificación de los trastornos del habla y del lenguaje en el niño.

Defectos instrumentales
Deficiencias auditivas o hipoacusias
Hipoacusias neurosensoriales
Hipoacusias de transmisión
Déficit mecánico-articulario
Disglosias
Disartrias
Trastornos específicos del habla y del lenguaje
Trastorno específico del desarrollo de la pronunciación (dislalias)
Trastornos del ritmo y de la fluencia
Farfulleo o taquialia
Tartamudeo o espasmodia
Trastornos específicos del desarrollo del lenguaje (disfasias)
Disfasias expresivas (trastorno de la expresión)
Síndrome de desprogramación fonológica
Apraxia verbal cognitiva
Déficit anómico-sintáctico
Disfasias mixtas (trastorno de la comprensión y expresión)
Agnosia verbal auditiva congénita
Déficit mixto fonológico-sintáctico
Afasias adquiridas durante el desarrollo
Síndrome de afasia-epilepsia (síndrome de Landau-Kleffner)
Afasia infantil por lesión unilateral adquirida
Trastornos psicolingüísticos
Debidos a carencias socio-afectivas
Mutismo selectivo
Autismo infantil
Otros trastornos específicos de la comunicación
Síndrome de Asperger
Déficit semántico-pragmático
Otros trastornos desintegrativos de la infancia
Retrasos y distorsiones del lenguaje que acompañan a la deficiencia mental

dir en problemas del lenguaje o de tipo dismadurativo y, en general, de tipo neurológico o no que pudieran estar relacionados con alteraciones en el lenguaje.

Exploración clínica

En primer lugar, deberá llevarse a cabo una detallada exploración clínica pediátrica general y descartar posibles malformaciones o dismorfias que nos orienten hacia enfermedades concretas. No hay que olvidar la realización de una adecuada somatometría.

La exploración neurológica será minuciosa y comenzará por el perímetro cefálico, exploración de los pares craneales (sobre todo los implicados en la producción del habla), así como asimetrías o signos clínicos focales neurológicos; se valorarán anomalías del tono, de la fuerza muscular, de los reflejos normales y patológicos y de la marcha. Todo ello se realizará dependiendo de la edad del niño.

También es importante la visualización del fondo de ojo para descartar coriorretinitis pigmentaria, edema de papila o la aparición de una mancha roja cereza.

Otras exploraciones

Auditiva

La valoración audiológica [7] es imprescindible en todo niño con un trastorno del habla y/o del lenguaje, con el fin de asegurarnos de la capacidad auditiva del sujeto y de la integridad anatómica y funcional de sus instrumentos mecánicos de fonarticulación. En general, se dividen en dos grandes grupos: los métodos subjetivos, que requieren la elaboración por parte del niño de una respuesta tras percibir el estímulo auditivo y que será observada por el examinador, y los métodos objetivos, que no requieren la cooperación del niño y mediante los cuales se valoran los cambios fisiológicos originados en el oído o en las vías nerviosas al recibir estímulos auditivos. Dentro de estos últimos están la impedanciometría, los potenciales evocados auditivos del tronco cere-

bral, la electrocoqueografía y las otoemisiones acústicas.

En la consulta, la exploración auditiva va a consistir en la observación del niño cuando se le aplican distintos estímulos auditivos, teniendo en cuenta que estas pruebas son muy groseras y que la mayoría de las veces el niño se remitirá o a un otorrinolaringólogo para la realización de pruebas más complejas.

Capacidades motrices bucofaríngeas

Este apartado consiste en la exploración minuciosa de los pares craneales que intervienen en la producción del lenguaje y el habla. Es importante valorar la movilidad y la fuerza de la mandíbula (V par o trigémino), los movimientos de expresión facial (VII par o facial), la audición (VIII par o estatoacústico), la capacidad de deglución (IX par o glossofaríngeo), la movilidad del paladar y emisión de la voz (X par o vago), los movimientos del cuello y de la cabeza (XI par o espinal) y la movilidad de la lengua (XII o hipogloso) [8].

Nivel intelectual no verbal

Evaluación llevada a cabo por una persona especialista que aplicará los tests correspondientes según la edad y el problema del niño, con el fin de descartar la existencia de trastornos asociados [9].

Comportamiento

Acompañaría a la evaluación anterior y sobre todo es interesante en el caso de niños que presenten sintomatología compatible con un trastorno de hiperactividad y déficit de atención [9].

Entorno psicoafectivo

Debe evaluarse la interacción del niño con el entorno también y es importante la observación de la actitud del niño y de su lenguaje espontáneo, sobre todo ante los trastornos generalizados del desarrollo en los que, aunque puede haber lenguaje, éste carece de su función pragmática.

Valoración del lenguaje.

Realizaremos la valoración del lenguaje de una forma somera y observaremos al niño en su interacción psicosocial, así como escuchándole. Deberá orientarse el problema haciendo hincapié en la valoración de los cuatro aspectos del lenguaje: instrumental, formal, cognitivo y pragmático, ya que ello permitirá orientar el posible diagnóstico y la posterior evaluación más específica del lenguaje, que deberá realizarse por un especialista en audición y lenguaje [3].

Pruebas complementarias

Su interés vendrá dado según los hallazgos durante al realización de la historia clínica y la exploración del niño. Desde el punto de vista puramente neurológico, podemos clasificarlas en neurofisiológicas, de neuroimagen y de funcionamiento cerebral; estas últimas son de menor relevancia clínica.

Dentro de las pruebas neurofisiológicas merece máxima importancia el estudio electroencefalográfico (EEG) realizado durante el sueño, por la existencia de problemas importantes en el lenguaje que asocian alteraciones de la actividad bioeléctrica cerebral de tipo paroxístico uni o bilaterales, sin que necesariamente asocien crisis epilépticas [10, 11], y que tienen su máxima expresión en la afasia epiléptica adquirida o síndrome de Landau-Kleffner [12].

En cuanto a las pruebas de neuroimagen, contamos con la tomografía axial computarizada (TAC), de menor resolución que la resonancia magnética nuclear (RMN) pero de mayor valor en caso de calcificaciones que nos orientarían hacia una infección congénita. La RMN valora tanto la estructura como la mielinización, hecho que se ha relacionado con el desarrollo específico del lenguaje con un camino parejo [8]. Así, también muestra mayor resolución para la valoración de displasias corticales o malformaciones de menor intensidad en zonas concretas cerebrales implicadas en el lenguaje.

DESCRIPCIÓN DE LOS TRASTORNOS

Antes de concluir, hemos querido realizar un pequeño resumen de los trastornos del lenguaje y del habla en el niño para poder tener una guía rápida y práctica de los mismos, sin la intención de ser exhaustivos, pues incidimos únicamente en las características más definitorias de cada caso [13, 14] (Tabla III).

Defectos instrumentales

El lenguaje hablado utiliza herramientas receptoras (transductor auditivo) y ejecutoras (laringe, faringe y boca), cuyas anomalías integran este apartado.

Deficiencias auditivas o hipoacusias

Se distinguen las hipoacusias neurosensoriales y las de transmisión. Las hipoacusias neurosensoriales pueden hallarse aisladas o en el contexto de otra enfermedad como complicación en infecciones congénitas, meningitis, prematuridad o anoxia perinatal. Las hipoacusias de transmisión se deben generalmente a otitis medias serosas de repetición.

Cuando la sordera es bilateral y profunda y ocurre antes del primer año (sordera prelocutiva), impide el desarrollo verbal. En el segundo semestre, cesa el balbuceo primario por falta de retroalimentación sensorial, lo cual es un signo clave de alarma en el contexto de estos problemas. Cuando la hipoacusia no está grave, ocasiona retraso en el desarrollo del lenguaje y de la pronunciación, así como problemas escolares.

Déficit mecánico articulatorio

Los problemas mecánicos comprenden las disglosias y las disartrias. Las disglosias consisten en alteraciones en la articulación de las palabras debidas a anomalías, casi siempre congénitas, de la anatomía de los órganos articulatorios: labio leporino, fisura palatina, brevedad velopalatina, macroglosia, malposiciones dentarias y de los maxilares (prognatismo o retrognatismo). El diag-

nóstico se realiza por inspección y el tratamiento implica cirugía maxilofacial y ortodoncia, seguidos de intervención logopédica.

Las disartrias son anomalías en la pronunciación debidas a afectación de las vías centrales, nervios craneales o grupos musculares, que interviene en la pronunciación. La disartria que podemos encontrar en los pacientes afectados de parálisis cerebral infantil puede ser de tipo espástico, distónica o cerebelosa. En las paresias aisladas de los pares craneales VII, IX, X y XII y en ciertas miopatías: disartria parética o flácida [8].

Trastornos específicos del habla y del lenguaje

Los trastornos específicos del habla y del lenguaje comprenden un grupo de dificultades en el desarrollo del lenguaje consistentes en todo inicio retrasado y todo desarrollo enlentecido del lenguaje que no pueda ser suficientemente justificado por un déficit sensorial (auditivo) o motor, ni con deficiencia mental, ni con trastornos psicopatológicos (trastornos generalizados del desarrollo), ni con privación socioafectiva, ni con lesiones o disfunciones cerebrales evidentes [14].

Contiene un espectro que va desde niveles superficiales (pronunciación) hasta más profundos (léxico, morfosintaxis); estos últimos se ponen de manifiesto antes, pueden aparecer tras un período con desarrollo normal (afasias adquiridas) y afectan a la vertiente comprensiva y expresiva. Se distinguen tres grupos: las dislalias o problemas en la pronunciación, los trastornos del ritmo y la fluencia, y los trastornos específicos del desarrollo del lenguaje.

Trastorno específico del desarrollo de la pronunciación (dislalias)

Las dislalias consisten en la incapacidad para utilizar con normalidad los sonidos del habla. Por ejemplo, el cambio de la 'l' por la 'r' o el decir 'gobo' por 'globo'. A veces la dislalia puede ser múltiple, en cuyo caso el lenguaje se convierte en incomprensible. Hay que destacar que estos niños

presentan abundante fluencia verbal y suelen responder bien y rápido al tratamiento logopédico.

Trastornos del ritmo y de la fluencia

El farfulleo o taquilalia es el habla excesivamente rápida y atropellada, que puede inscribirse en el contexto de un trastorno de déficit de atención con hiperactividad.

El tartamudeo o espasmofemia es el problema para conjugar la respiración con la emisión de la palabra; puede producirse bloqueo (forma tónica) o repetición de una sílaba o grupo de sílabas (forma clónica). En general, consiste en una alteración de la fluidez y la organización temporal normales del habla, caracterizada por alguno de los siguientes fenómenos: repetición de sonidos y sílabas, prolongaciones de sonidos, interjecciones, palabras fragmentarias, bloqueos audibles o silenciosos, circunloquios, palabras producidas por un exceso de tensión física, repeticiones de palabras monosilábicas. En las formas graves es imprescindible el tratamiento logopédico y psicológico. Debe tenerse en cuenta el tartamudeo evolutivo transitorio del tercer y cuarto años de vida que remite por sí sólo, y otra forma algo más tardía, durante la edad escolar, que puede ser la expresión de un desajuste psicoafectivo transitorio.

Trastornos específicos del desarrollo del lenguaje (disfasias)

La disfasia consiste en la incapacidad innata de gravedad variable para la descodificación y/o codificación verbo-oral; pertenece al ámbito de los trastornos neuropsicológicos de la función lingüística y no se explica por defectos sensoriales, ni mentales ni socio-educativos.

Los mecanismos etiopatogénicos de las disfasias no están todavía claros, no obstante, se ha apreciado una mayor frecuencia en varones (de tres a cuatro veces con respecto a las mujeres) y una afectación familiar en algunos casos.

Los hallazgos neurológicos más relevantes consisten en: ausencia de la asimetría fisiológica

normal de la longitud del *planum temporale* a favor del lado izquierdo (neuroimagen); hipometabolismo de los lóbulos temporales durante el reposo y cuando intentan ejecutar una tarea verbal (tomografía computarizada por emisión de fotón simple) y actividad paroxística en el EEG de sueño. Generalmente el tratamiento logopédico es largo y difícil.

Las disfasias se clasifican en expresivas y mixtas. Las disfasias expresivas consisten en un defecto selectivo de la codificación verbal, mientras que la capacidad de comprensión es sustancialmente normal. Dentro de éstas se distinguen: el síndrome de disprogramación fonológica (expresión poco fluente y de difícil comprensión para las personas no familiarizadas con el niño); la apraxia verbal cognitiva (la emisión de la palabra es prácticamente nula al igual que la realización de gestos bucales no lingüísticos: soplar, beber, etc.), y el déficit anómico-sintáctico (dificultad expresiva que afecta a la evocación de términos y a la construcción gramatical, y en la cual la capacidad de repetición es mejor que la expresión espontánea).

En las disfasias mixtas está afectada la comprensión verbal y la expresión del lenguaje. Dentro de ellas se distinguen: la agnosia verbal auditiva congénita y el déficit mixto fonológico-sintáctico. La agnosia verbal auditiva congénita es la más grave y consiste en la incapacidad para comprender los mensajes verbales—mientras que la audición y la inteligencia son normales—, así como una nula capacidad de expresión verbal. El sujeto es capaz de comprender y expresarse por gestos. Su capacidad de comunicación gestual y su normal empatía es lo que diferencia a estos pacientes de los autistas. Por otro lado, el déficit mixto fonológico-sintáctico es la forma más frecuente de disfasia. Quienes la padecen tienen una comprensión deficitaria, aunque su mayor dificultad reside en la vertiente expresiva, la cual es hipofluente, hipogramatical y con distorsiones articulatorias, que les hace escasamente inteligibles.

Las afasias adquiridas durante el desarrollo comprenden el síndrome de afasia-epilepsia o síndrome de Landau-Kleffner. Se trata de un problema exclusivo de la infancia que supone un trastorno bilateral de las áreas cerebrales del lenguaje y del que se desconoce todavía su etiología. Consiste en una afasia adquirida y la existencia de trastornos específicos en el EEG.

Por último, encontramos la afasia infantil por lesión unilateral adquirida. Debido a la falta de diferenciación hemisférica durante los primeros años de vida, la semiología de la afasia adquirida es diferente a la del adulto; las consecuencias tras lesiones derechas son más relevantes que en el adulto y tras lesiones izquierdas menos importantes.

Trastornos psicolingüísticos

Consisten en un grupo de trastornos del lenguaje que forman parte—e incluso constituyen el elemento principal— de diversos desórdenes. Pueden ser secundarios a carencias socio-afectivas tanto intrafamiliares como en los casos de niños procedentes de instituciones. Sus consecuencias pueden ser irreversibles en los casos más graves, a pesar de la realización de terapias intensivas.

El mutismo selectivo consiste en el rechazo permanente a hablar ante determinadas personas o situaciones, sin que exista ninguna imposibilidad asociada y mostrando el sujeto un lenguaje normal en otras situaciones.

Los trastornos del desarrollo tienen en común los problemas específicos en la comunicación con las máximas alteraciones en los componentes pragmáticos y semánticos del lenguaje. Dentro de este grupo estarían incluidos el autismo infantil, el síndrome de Asperger y el trastorno desintegrativo de la infancia.

En los retrasos y distorsiones del lenguaje que acompañan a la deficiencia mental encontramos alteraciones tanto en los aspectos cognitivos y pragmáticos (retraso en las interacciones sociales tempranas como la sonrisa motivada, protoconversaciones, contactos oculares y gestos imitati-

vos) como en los aspectos formales. En los casos con retraso mental ligero o moderado se manifiesta con preguntas poco flexibles, incapacidad para entender frases con sentido figurado, menor longitud del enunciado, etc.; y en los retrasados graves y profundos, con discapacidad para desarrollar teoría de la mente. A veces, el habla es farfullante, con dislalias y atropellada, y el paciente puede asociar un déficit semántico-pragmático. En estos casos suele ir evolucionando adecuada y paralelamente a su nivel cognitivo y motor.

CONCLUSIONES

Como conclusión queremos indicar que un niño con un problema del habla o del lenguaje no debe recibir ayuda de un profesional del lenguaje, sin antes llevarse a cabo una valoración neuropsiquiátrica exhaustiva debido a la compleja patología neurológica y de muy diversa etiología implicada en este tipo de trastornos. Todo ello con el fin de definir y delimitar al máximo el problema y orientar el tratamiento logopédico oportuno en cada caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Peralta MF, Narbona J. Retrasos del desarrollo verbal y problemas de aprendizaje escolar: estudio longitudinal. *Bordón* 1991; 43: 285-98.
2. Clemente RA, Villanueva L. El desarrollo del lenguaje: los prerrequisitos psicosociales de la comunicación. *Rev Neurol* 1999; 28 (Supl 2): S100-5.
3. Narbona J. El lenguaje del niño y sus perturbaciones. En Fejerman N, Fernández Álvarez E, eds. *Neurología pediátrica*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1997. p. 683-93.
4. Mayor J. Adquisición y desarrollo del lenguaje. En García-Sicilia et al, eds. *Psicología evolutiva y educación infantil*. Madrid: Santillana, Aula XXI; 1989. p. 137-64.
5. Crosley CJ. Trastornos del habla y lenguaje. En Swaiman KF. *Neurología pediátrica*. Madrid: Mosby/Doyma; 1996. p. 163-73.
6. Bluestone CD, Nozza RJ. El oído. En Behrman RE, ed. *Nelson. Tratado de pediatría*. Madrid: McGraw-Hill; 1992. p. 1943-67.
7. Manrique MJ, Huarte A. Hipoacusias en el niño. En Narbona J, Chevrie-Muller C, eds. *El lenguaje en el niño*. Barcelona: Masson; 1997. p. 201-17.
8. Lowe RJ, Webb WG. *Neurología para los especialistas del habla y del lenguaje*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1998.
9. Mulas F, Morant A, Roselló B. Retraso mental. Trastornos del aprendizaje. Síndrome de déficit de atención con hiperactividad. *Neurología Pediátrica*. (En prensa).
10. Maccario M, Hefferen SJ, Keblused S, Lipinski KA. Developmental dysphasia and electroencephalographic abnormalities. *Dev Med Child Neurol* 1982; 24: 141-55.
11. Tuchman RF, Rapin I, Shinnar S. Austistic and dysphasic children. II. Epilepsy. *Pediatrics* 1991; 88: 1219-25.
12. Landau WM, Kleffner FR. Syndrome of acquired aphasia with convulsive disorder in children. *Neurology* 1957; 7: 523-30.
13. Narbona J, Schlumberger E. Trastornos específicos del desarrollo del lenguaje: bases neurobiológicas. *Rev Neurol* 1999; 28 (Supl 2): S105-9.
14. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1999.

ACTUACIÓN NEUROPEDIÁTRICA ANTE EL RETRASO DEL LENGUAJE

Resumen. *Mediante el presente trabajo se pretende ofrecer un enfoque práctico a la evaluación neuropsiquiátrica que se debe realizar a todo niño con un retraso o problema en la adquisición del lenguaje. Para ello hay que conocer el desarrollo neuroevolutivo del niño en su conjunto y del lenguaje, así como conocer las clasificaciones actuales de estos problemas con el fin de realizar el diagnóstico adecuado. La evaluación completa del niño requiere experiencia, habilidad y tiempo para diferenciar lo grave de lo menos grave, orientar el diagnóstico y, por lo tanto, el tratamiento más adecuado en cada caso. [REV NEUROL CLIN 2000; 1: 95-102] [http://www.revneuro.com/RNC/0101/a010095.pdf]*
Palabras clave. *Lenguaje. Niño. Trastorno del lenguaje. Valoración.*

ATUAÇÃO NEUROPEDIÁTRICA DIANTE DO ATRASO DA LINGUAGEM

Resumo. *Mediante o presente trabalho, pretende-se oferecer um enfoque prático à avaliação neuropsiquiátrica que se deve realizar em toda criança com atraso ou problema na aquisição da linguagem. Para tanto é preciso conhecer o desenvolvimento neuro-evolutivo da criança em seu conjunto e da linguagem, e conhecer as classificações atuais destes problemas com a finalidade de realizar o diagnóstico adequado. A avaliação completa da criança requer experiência, habilidade e tempo, com a finalidade de se diferenciar o grave do menos grave, orientar o diagnóstico e, portanto, o tratamento mais adequado em cada caso. [REV NEUROL CLIN 2000; 1: 95-102] [http://www.revneuro.com/RNC/0101/a010095.pdf]*
Palavras chave. *Avaliação. Criança. Linguagem. Transtorno do linguagem.*