

OTROS

EL PACIENTE QUE RONCA

Prof. Dr. Carlos Sprekelsen (Murcia)

Interrogatorio

Interesa establecer si es roncador simple o con apneas, si se trata de un niño o un adulto, mediante preguntas dirigidas al:

Cónyuge, compañero/a o familiar

- Si es roncador reciente o antiguo.
- Si el ronquido se acompaña de apneas y, si lo sabe, con qué frecuencia.
- Si el sueño es inquieto.

Paciente

- Si tiene somnolencia diurna.
- Si tiene cefaleas matutinas.
- Si ha aumentado de peso coincidiendo con la aparición del ronquido.
- Si está tomando medicación por otros motivos.
- Si ha cambiado los hábitos de comida y bebida.
- Si las cenas son copiosas y acompañadas de bebidas alcohólicas.

El paciente roncador con o sin apneas

Lo primordial es conocer en la consulta si existen causas de insuficiencia respiratoria

en las vías aerodigestivas altas que puedan obligar a dormir con la boca abierta y provocar o favorecer el ronquido a en el velo. Para ello, la exploración primaria de elección es la rino-faringo-laringoscopia con fibra óptica, con o sin videomonitorización, a través de la nariz, y la exploración del paladar blando y la orofaringe a través de la boca.

Mediante la **fibroscopia rino-faringo-laríngea**, se clasifican los pacientes según los hallazgos clínicos:

Fosas nasales obstruidas.

Alteraciones de la mucosa (*edema, pólipos, hipertrofia de cornetes inferiores*), *desviaciones del tabique nasal, cornete medio bulloso, cuerpo extraño, sinequias o atresia de coana*.

Fosas permeables y obstrucción en el cavum.

El cavum puede estar obstruido total o parcialmente por *adenoides hipertróficas* en los niños y adultos, por *tumores*, o por *cicatrices*, que dificultan la respiración nasal.

Es importante, pero no definitivo, valorar con la fibroscopia si el cavum se colapsa en la inspiración con la nariz tapada y la boca cerrada (*maniobra de Müller*), lo que ocurre en individuos con una úvula grande

y musculosa o un velo estrecho, engrosado e hipertrófico.

Fosas permeables, cavum normal y obstrucción en la orofaringe.

Una gran *hipertrofia amigdalina* es causa habitual de ronquido y pausas de apnea obstructiva en niños (mucho menos en adultos), aunque no exista una hipertrofia adenoidea.

Con el fibroscopio, desde el cavum hay que ver el espacio orofaríngeo para valorar sus dimensiones anteroposteriores, así como la base de la lengua, con el fin de descartar una *hipertrofia de amígdalas linguales* o una *macroglosia*.

Valoramos a través de la cavidad oral, con un depresor de lengua, las características del istmo de las fauces, especialmente del velo y de los pilares, como principal mecanismo productor del ronquido: *paladar blando engrosado y alargado; úvula grande; pilares amigdalinos posteriores gruesos y/o con faldones; amígdalas palatinas hipertróficas, que contactan con el borde del velo o caídas hacia atrás, o entre sí en línea media; tercio posterior de lengua muy elevado y difícil de deprimir.*

El otorrinolaringólogo orienta la primera exploración del roncador al diagnóstico de las causas que pueden ser tratadas de forma conservadora o quirúrgica (cirugía endoscópica endonasal, adenoidectomía, amigdalectomía, uvulopalatoplastia, etcétera), antes de recurrir a interconsultas con otros especialistas (neumología, maxilofacial, etcétera).

El paciente roncador con apneas debe ser sometido a exploraciones complementarias (polisomnografía, pulsioximetría, vigilancia del sueño y de la postura corporal durante el mismo, etcétera) para establecer la gravedad de su síndrome de apnea obstructiva de sueño.

EL RETRASO EN EL LENGUAJE

Dra. Alicia Huarte (Pamplona)

Introducción

El lenguaje es el medio principal de comunicación del ser humano, y es a partir del intercambio comunicativo con las personas del entorno como el niño adquiere de forma natural dicho lenguaje; según Tough, «el niño aprende a hablar porque hablan con él».

La adquisición del lenguaje y la comunicación se desarrolla según un orden cronológico en los niños normales, respetando el ritmo individual de cada sujeto y aceptando una variación interindividual de 6 meses, aproximadamente. Actualmente existe acuerdo en la división cronológica de las etapas del desarrollo del lenguaje y en que, para lograr que este se desarrolle normalmente, se precisa la correcta disposición del niño y un medio lingüístico estimulante.

En este capítulo nos centraremos en los niños con un desarrollo normal sensorial, intelectual y de la personalidad, sin alteración fisiológica ni neurológica pero que presentan un retraso del lenguaje, definiéndolo como la aparición tardía o la ausencia en la adquisición u organización del lenguaje en relación a patrones lingüísticos correspondientes a la edad cronológica del niño/a.

Epidemiología

Diferentes estudios epidemiológicos, muestran que los índices de prevalencia de niños con retraso del lenguaje oral varían del 3 al 15% en la etapa preescolar.

Otro estudio expone que el 40% de los sujetos con retraso del lenguaje, a los 4 años de edad, normalizan su lenguaje a los 5 años y medio; y que sólo un 3% de los niños cuyo lenguaje estaba normalizado a la edad de 5 años y medio tienen un nivel de lectura y ortografía deficientes a los 8 años y medio. Por otro lado,