

Implicaciones de la hipertrofia de cornetes en la comunicación y el uso del lenguaje: caso clínico de un niño de 14 meses

Implications of turbinates hypertrophy in the communicative and linguistic quality:
clinical case of a 14-month-old child

Implicações da hipertrofia de cornetos na qualidade de comunicação e linguística:
caso clínico de uma criança de 14 meses de idade

COLCIENCIAS TIPO 5. REPORTE DE CASO

RECIBIDO: OCTUBRE 16, 2012; ACEPTADO: DICIEMBRE 5, 2012

Karol Susana Velasco Vargas
kasuveva@hotmail.com

Universidad Santiago de Cali, Colombia

Resumen

La hipertrofia de cornetes es una de las múltiples causas de dificultad respiratoria superior en la población de la primera infancia. Esta dificultad es tratada por especialistas clínicos con medicación y en casos extremos con cirugía que disminuya el tamaño de los cornetes para posibilitar la fluida entrada de aire por cavidad nasal. Las implicaciones de la falta de fluidez de aire por cavidad nasal en las características de la comunicación y el uso del lenguaje del infante, han sido poco determinadas. Se presenta un caso clínico que se analizó bajo el método de estudio de caso con el objetivo de hacer evidente la importancia de identificar la afección de la disfuncionalidad respiratoria superior por hipertrofia de cornetes, en la calidad comunicativa y el uso del lenguaje de un niño de 14 meses de edad. Con el estudio de caso se determinó la relación directa del diagnóstico clínico de hipertrofia de cornetes con las dificultades en el interés comunicativo y muy puntualmente en los componentes pragmático y fonológico del lenguaje.

Palabras Clave

Hipertrofia de cornetes; comunicación; lenguaje.

Abstract

Turbinate hypertrophy is part of one of the multiple causes of breathing difficulties in early childhood population. This difficulty is treated by clinical specialists with medication and in extreme cases surgery that reduces the size of the conchae to enable smooth air inlet by nasal cavity. What little has been determined are the implications of this lack of fluidity of air through the nasal cavity, the characteristics of communication and language of the infant who has. A clinical case was analyzed under the method of case study with the goal of making clear the importance of identifying the condition of the respiratory dysfunction superior for hypertrophy of turbinates in the communicative and linguistic quality of a 14-month-old child is presented. With the case study was determined the relationship very promptly and directly of the clinical diagnosis of hypertrophy of turbinates with difficulties in the communicative interest in pragmatic and phonological components of language.

Keywords

Hypertrophy of turbinates; communication; language.

Resumo

Hipertrofia de cornetos faz parte de uma das múltiplas causas de dificuldades respiratórias na população infantil. Esta dificuldade é tratada por especialistas clínicos com medicamentos e, em casos extremos a cirurgia, que reduz o tamanho da concha, para permitir entrada de ar suave até a cavidade nasal. O pouco tem sido determinado são as implicações desta falta de fluidez do ar através da cavidade nasal, as características da comunicação e da língua da criança que tem. Um caso clínico foi analisado pelo método de estudo de caso com o objetivo de deixar clara a importância de identificar a condição da disfunção respiratória superior para hipertrofia de cornetos nas comunicativa e linguística qualidade de um de 14 meses de idade da criança é apresentado. Com o estudo de caso foi determinado o relacionamento muito rapidamente e diretamente do diagnóstico clínico da hipertrofia dos cornetos com dificuldades no interesse da comunicação em componentes pragmáticos e fonológicos da linguagem.

Palavras chave

Hipertrofia de cornetos, a comunicação, a linguagem.

I. INTRODUCCIÓN

La hipertrofia de cornetes se define como el aumento del tamaño de una célula o un grupo de ellas, en este caso de los cornetes o láminas situadas en el interior de las fosas nasales¹; este aumento disminuye el espacio funcional para el paso de aire por la cavidad nasal y, por ende, genera una insuficiencia del fluido respiratorio nasal. El reporte de una baja incidencia (5,3%) de la presencia de dificultad respiratoria por hipertrofia de cornetes en infantes² no demerita brindarle importancia a esta enfermedad en los niños y niñas en edad preescolar.

Cuando se presenta una hipertrofia de cornetes tan alta que obstruye el espacio nasal para el paso del aire en un porcentaje mayor al 80 o 90, el paciente se ve obligado a buscar una alternativa de fluido de aire y toma como canal opcional la cavidad oral, convirtiendo así su tipo respiratorio en *mixto*, por usar los canales nasal y oral; en casos extremos, el paciente pasa a usar únicamente el canal oral.

Las implicaciones del uso del canal oral como paso del fluido de aire para la respiración se conocen clínica y funcionalmente como *habito de respiración oral por causa fisiológica*³; poco se ha indagado frente a las implicaciones de esta característica respiratoria por diagnóstico de hipertrofia de cornetes en la comunicación y aspectos pragmáticos del lenguaje.

La comunicación humana hace parte del contexto social de todo sujeto desde el momento en que se enfrenta a la relación con otros. Las posibilidades de establecer contacto desde el deseo, la necesidad y/o la socialización están directamente relacionadas con las posibilidades de ir adquiriendo las habilidades del uso del lenguaje o pragmática.

El proceso evolutivo del lenguaje y su uso para convertirse en competentes comunicativos es multifactorial; se relaciona con aspectos culturales, sociales, emocionales, genéticos, orgánicos y fisiológicos, entre otros, lo que le significa al profesional interesado en lo evolutivo de la comunicación y lenguaje de un infante, analizar cada factor.

Al jardín infantil Bam Bam de la ciudad de Cali llega un niño de catorce meses de edad a iniciar su vida preescolar, lo que trae consigo la observación y valoración fonoaudiológica para determinar el estado de la comunicación y uso de lenguaje, según su desarrollo y, por ende, los aspectos pre lingüístico, fisiológico y funcional,

relacionados con estas habilidades. La evaluación de fonoaudiología se convierte en un proceso de seguimiento y análisis ante la correlación de los procesos fisiológicos respiratorios y las habilidades comunicativas y lingüísticas.

II. MÉTODO

Se lleva a cabo estudio de caso con estrategia de observación directa no participante para análisis comunicativo y lingüístico y evaluación clínica fonoaudiológica directa.

El proceso de este estudio consta de tres fases: evaluativa; de seguimiento y definición de diagnóstico; y definitiva. En la siguiente sección se presenta cada una de estas fases y su desarrollo.

III. FASES Y HALLAZGOS

A. Fase Evaluativa

El niño tomado como estudio de caso es evaluado por fonoaudiología a través de una estrategia de observación en contexto y respuesta lingüística ante la lúdica; lo más notorio a la exploración es el imbalance muscular orofacial y el predominio de un modo respiratorio oral. Ante la evaluación del estado muscular se encontró hipotonía de mejillas, lengua hipotónica adelantada o protruida, labios evidenciables en el superior delgado y el inferior grueso y evertido con coloración opaca y ojeras pronunciadas. En la evaluación de funciones estomatognáticas se encontró que no presenta un proceso de masticación propio de su edad; solo se evidencia maceración con boca abierta, succión débil y deglución atípica. Ante este cuadro, se indaga sobre la historia de sus experiencias alimenticias a través de una entrevista a sus padres. Se encuentra una dieta blanda y, como elemento nuevo, muy relevante, la presencia del hábito oral de succión de trapo y chupo, desde muy temprana edad, antecedentes que aportan a encontrar las causas a las características de los procesos de alimentación y el estado de los órganos fonoarticuladores y, tal vez, también respiratorios.

La exploración de los aspectos comunicativos, muestra un niño con poca intencionalidad comunicativa, irritabilidad frecuente, llanto estridente, manifestación de desagrado y molestia en muchos momentos de la jornada y poca sonrisa social; es muy llamativa su mirada triste, con pocos brillantes y con poca calidad comunicativa social, y las emisiones verbales con reduplicación silábica (i.e, mama – papa – tete). Sus prioridades comunicativas se

centran en suplir sus necesidades básicas; hace uso del llanto como principal estrategia aún sin una aparente necesidad de comunicar. No se encontró respuesta positiva a estímulos de tipo onomatopéyicos; ante el llamado por su nombre su respuesta estaba supeditada a su estado de alerta y emotividad, teniendo en cuenta que presentaba llanto e irritabilidad con mucha frecuencia. Por indagación en entrevista se encontró que en el contexto familiar sus características comunicativas eran similares: los padres referían que en ocasiones no conseguían calmarlo fácilmente.

B. Fase de seguimiento y definición de diagnóstico

Una vez observado e indagado el caso, se inicia un proceso de acompañamiento y seguimiento que tiene como primera prioridad eliminar los hábitos de succión de trapo y chupo, buscando así mejorar el estado de sus órganos fonarticuladores y cambiar los procesos de alimentación. Se esperaba que esta decisión ayudara también con el estado del modo respiratorio y, por ende, con la prevención de las maloclusiones, un aspecto que cada vez, con mayor frecuencia, se sustenta como relacionante, en diversas investigaciones⁴. Se realizó una reunión con los padres de familia para explicarles la incidencia de estos hábitos en la evolución muscular y, en consecuencia, en los procesos estomatognáticos del niño; a la vez, se indagó frente al conocimiento del estado de la vía respiratoria superior nasal, pues era necesario establecer si la respiración oral estaba asociada con la presencia del hábito oral que ya había afectado la funcionalidad muscular o si se contaba con una causa fisiológica de base. Se concluye en la necesidad de trabajar en conjunto en la eliminación de estos hábitos; además, los padres se comprometen a indagar con el pediatra el estado de función nasal, aunque refieren que en controles pediátricos no se les ha manifestado ningún indicio de dificultad respiratoria.

El manejo de control del hábito de *trapo en boca* y *succión del chupo* fue efectivo en el aula escolar; se eliminó completamente usando estrategias de sensorialidad peri e intraoral, con un proceso de cambio de aditamento en mano –es decir, se mantenía la mano ocupada con un juguete, preferiblemente de tamaño no funcional para entrar en boca–, y con la constancia de la profesora en el proceso. En el hogar fue necesario hacer un seguimiento continuo; ahí, el cumplimiento de este objetivo fue más lento, aunque finalmente se eliminó por completo.

Ante esta ganancia, se realizó un seguimiento evaluativo que mostró que el estado de los órganos fonarticuladores continuaba sin cambios y que su respiración era predominantemente oral. Un aspecto muy llamativo era que continuaba, de manera muy marcada, la irritabilidad y la poca intencionalidad comunicativa; los espacios atencionales ante actividades lúdicas muy cortos y el llanto frecuente.

En este momento del caso se tenían dos hipótesis, una orientada a *culpar* a los hábitos orales del estado de la musculatura oro facial y de las funciones de la alimentación, unidos a las limitadas experiencias alimenticias en el hogar; otra dirigida a la poca funcionalidad respiratoria superior que mantenía la apertura de cavidad oral y su consecuente alteración de los procesos respiratorio y de oxigenación. Surgió en este momento del caso una preocupación muy marcada por la poca evolución de las características comunicativas del niño, pues la irritabilidad era muy constante. La poca calidez de su mirada fue un aspecto que llevó a indagar desde la psicología.

Teniendo en cuenta la condición de médicos de los padres de este preescolar y la continuidad del estado, tanto de aspectos prelingüísticos (alimentación), como de comunicación –y de manera particular ante la no respuesta positiva frente a la indagación clínica del estado de vías respiratorias superiores, aspecto que se había solicitado como importante– se hizo necesario mostrar evidencia de la preferencia respiratoria oral del niño. Para esto, se hizo un seguimiento fotográfico, pues era necesario definir el estado de los órganos respiratorios para continuar avanzando en el apoyo de estrategias, pero en especial para encontrar la causa de las dificultades.

La evaluación psicológica no encontró elementos que llevaran a pensar en la existencia de alguna disfuncionalidad en el núcleo familiar que estuviese afectando el desarrollo de las habilidades comunicativas del niño, resultado coherente con lo indagado frente a las relaciones comunicativas y características psico-lingüísticas en el contexto del hogar; en cambio, se encontró un ambiente estimulante y propicio para la evolución lingüística del niño.

Posterior a la presentación del proceso, los padres accedieron a la evaluación por otorrinolaringología; la estrategia de seguimiento fotográfico fue muy efectiva para la generación de consciencia.

En este momento del proceso, la comunicación y el uso del lenguaje del niño se convertían en alertas; en tanto ya había pasado el tiempo de adaptación al contexto, no se observaba desagrado en el preescolar; en el contexto familiar las condiciones eran las mismas y el proceso de evolución de aspectos del desarrollo del lenguaje se distanciaba de las características del grupo y de lo esperado para el momento cronológico.

La evaluación otorrinolaringológica da como diagnóstico *Obstrucción nasal en un 90% por hipertrofia de cornetes, con presunción de origen congénito*, es decir *aumento del tamaño de una célula o un grupo de ellas en este caso de los cornetes o láminas situadas en el interior de las fosas nasales*⁴. Este diagnóstico da respuesta a la segunda hipótesis y muestra como ruta de trabajo la solución de esta obstrucción como prioridad clínica. La eliminación de la hipertrofia de cornetes conllevaría al mejoramiento de la respiración y la oxigenación y, por ende al mejoramiento muscular y alimenticio, como elementos relevantes para la mejora de los procesos lingüísticos. Esta información es coherente con el estado de los órganos fonoarticuladores, unido a las consecuencias de hábito de chupo y trapo, aspecto que la literatura sustenta³.

El diagnóstico a nivel de lenguaje con relación a los aspectos pre-lingüísticos relacionados con el proceso oral estaba claro desde la etiología fisiológica. Lo que no estaba claro era lo relacionado con la poca funcionalidad comunicativa y pragmática, en especial si se apoyan los hallazgos a la teoría y a la literatura⁵.

C. Fase definitoria

Con base en el alto porcentaje de obstrucción y la poca efectividad de los medicamentos empleados para la disminución del tamaño de los cornetes, el niño fue expuesto a cirugía por otorrinolaringología.

Luego de dos semanas de post operatorio el niño regresó al jardín. Se observó, con mucha satisfacción, una disminución del espacio de apertura oral con un modo respiratorio mixto con predominio nasal, algo muy significativo en los procesos pre-lingüísticos; pero lo más relevante, y de gran satisfacción, es que se observó una mayor calidad comunicativa caracterizada por el contacto visual, la sonrisa social, la intencionalidad comunicativa y el incremento de lenguaje oral. Se destaca que el infante tiene poco (casi nulo) llanto de irritabilidad, un aspecto que era muy presente en él. Las características de su comunicación

y uso del lenguaje se asemejan a las de sus pares y están de acuerdo con su edad cronológica.

En este momento se inicia proceso terapéutico para mejorar la calidad de tono de la musculatura oral y facial, pues queda un imbalance muscular como consecuencia del cuadro clínico anterior³, en pro de mejorar sus funciones estomatognáticas y lingüísticas.

IV. CONCLUSIONES

Este caso clínico podría tomarse como muchos de los casos que asocian dificultades respiratorias superiores con la evolución del estado de la musculatura oral y facial y, en consecuencia, las funciones de alimentación. Pero más que eso, es relevante pensar en las implicaciones de la función vital de la respiración en la motivación y en la intencionalidad comunicativa y en cómo un infante que no tiene la capacidad de manifestar con claridad el estado de molestia en que se encuentra –y por lo tanto el poco deseo por ser social– encuentra en la irritabilidad, el llanto y la mirada opaca su modo de exponer que *algo no está bien*.

Ante los momentos de evaluación del estado de desarrollo de la comunicación y el lenguaje de un niño de la primera infancia, la generalidad de enfoques desde los componentes del lenguaje está determinada por los elementos pre-lingüísticos y las muchas bases teóricas que dan evidencia de estos⁵.

En la comunicación se busca que se den las funciones de pedir ayuda, iniciar la socialización y expresar emociones y motivaciones a la exploración del mundo y su entorno; pero tal vez se deja de lado categorías pragmáticas como la de control, entre las que están la intención de protesta ante un estado determinado y la de expresión, no solo desde lo social y el suplir las necesidades de la cotidianidad, sino la expresión de sus sensaciones que deberían leerse como alertas⁵.

Es claro entonces que la hipertrofia de cornetes no solo afecta el proceso respiratorio sino también la efectividad de la comunicación y el lenguaje de los niños y niñas; se podría decir que la comunicación es el canal de alerta del estado fisiológico de un preescolar.

Queda en manos de los profesionales la responsabilidad de no agotar las estrategias de indagación, exploración y, sobre todo, de convencimiento al contexto de los niños y las niñas, ante la no eficacia y la no funcionalidad esperada de la comunicación y el lenguaje, más aún cuando no se es clara y no se resuelve la causa real del problema.

V. REFERENCIAS

1. Becker W, Naumann HH, Pfaltz CR. Otorrinolaringología: Manual Ilustrado. Santiago de Chile: Doyma; 1986.
2. Fernández-Cardona A, Fontalvo-Acosta, MA, Gallego-Valencia TA, Hinestroza-Palomino ML; Pineda-Gutiérrez LM; Reyes-Arce DM, Martínez JW, Hernández CJ. Frecuencia de alteraciones respiratorias en escolares de La Florida en Pereira. Investigaciones Andinas. 2009; 11(18):37- 54.
3. Corral N. Manual de Terapia Miofuncional. 1ra edición. República Dominicana: Unibe; 2010.
4. García-Flores G, Figueroa A, Muller-Victoria, AA. Relación entre las maloclusiones y la respiración bucal en pacientes que asistieron al servicio de otorrinolaringología del Hospital Pediátrico San Juan de Dios. Acta Odontológica Venezolana. 2007; 45(3): Artículo 21. Recuperado de http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/3/pdf/maloclusiones_respiracion_buca.pdf
5. Owens RE. Desarrollo del Lenguaje. 5ª Edición. Madrid, España: Pearson; 2003.

VI. CURRÍCULO

Karol Susana Velasco V. Fonoaudióloga de la Universidad del Valle (Colombia), con Maestría en Educación y Desarrollo Humano de la Universidad de Manizales (Colombia) y Especialización en Desarrollo Intelectual y Educación de la Universidad Santiago de Cali, entidad donde se desempeña como docente investigadora.