

SESIÓN CLÍNICA MÉDICA PEDIÁTRICA

# Señales de Alerta y Derivación Funcional

Identificación sistemática de patologías orofaciales, del lenguaje, habla y voz en el niño. Guía clínica interprofesional para pediatras de atención primaria.

**Ponente:** Dra. Bárbara Aranda Santos · Médico Rehabilitador & Foniatra

**Sede:** Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz (CHUB) · Bloque Médico

**Fecha y Duración:** 3 de Junio de 2026 · 2 Horas Lectivas (16:00 – 18:00)

CHUB BADAJOZ · FONIATRÍA PEDIÁTRICA



# Estructura Curricular del

## Curso

MÓDULO I · ~30

MIN

### **Orofacio- Miofuncional**

Disfunción orofacial, deglución atípica, respiración bucal e identificación funcional de sialorreas.

MÓDULO II · ~30

MIN

### **Retraso del Lenguaje**

Hitos evolutivos del desarrollo comunicativo, cribado precoz, banderas rojas absolutas y diagnóstico diferencial.

MÓDULO III · ~30

MIN

### **Patologías del Habla**

Diferenciación entre alteración de articulación (dislalias), motoras (disartrias, apraxia) y tartamudez.

MÓDULO IV · ~30

MIN

### **Patologías de la Voz**

Abordaje clínico de disfonías infantiles orgánicas frente a funcionales, uso de la escala GRBAS y derivación urgente.

TEMA I

# **Señales de Alerta y Derivación en Patologías Orales No Verbales**

Cribado morfo-funcional de la cavidad estomatognática infantil. Ventanas terapéuticas óptimas para evitar secuelas esqueléticas irreversibles.

# ¿Cuántos Pacientes Pasamos por Alto?

**43%**

## **Respiración Oral**

Alta incidencia registrada en edad escolar en Europa occidental, alterando el crecimiento craneofacial.

**38%**

## **Maloclusiones Asociadas**

Directamente vinculadas con una disfunción miofuncional oral mal reeducada en la infancia.

**17%**

## **Deglución Atípica**

Persistencia de patrón lingual infantil que provoca apiñamientos y mordida abierta anterior.

**60%**

## **Subdiagnóstico en Primaria**

Casos que llegan tarde al médico rehabilitador y ortodoncista con deformación ósea estructurada.

# Anamnesis Miofuncional en Consulta

## Alimentación y Hábitos Orales

- **Lactancia:** Tipo (materna vs. artificial) y duración. Tipo de tetina (¿anatómica o de flujo libre?).
- **Hábitos lesivos:** Succión digital, deglución de objetos o permanencia prolongada del chupete (> 18-24 meses).
- **Transición alimentaria:** Rechazo a sólidos, persistencia de alimentos triturados o masticación unilateral dolorosa.

## Antecedentes e Historial de Vía Aérea

- **Complicaciones de parto:** Prematuridad, períodos prolongados de intubación neonatal o uso de SNG.
- **Vía Aérea Superior:** Hipertrofia adenoamigdalar documentada, adenoamigdalectomía previa o frenectomía lingual.
- **Patología infecciosa:** Episodios reiterados de otitis media seromucosa y presencia de ronquido/apnea nocturna.

# Exploración Orofacial en Menos de 5 Minutos

## 01 · Reposo y

### Labios

**Observar antes de interactuar:**

Analizar postura en reposo.

¿Hay boca abierta persistente?

¿Incompetencia o sellado labial espontáneo? ¿babeo más de 4

años? Valorar tono pidiéndole

oclusión forzada.

## 02 · Lengua , paladar y tipo frenillo

**Valoración anatómico-funcional:**

Pedir elevación lingual al

paladar. ¿Existe frenillo

restrictivo (anquiloglosia)? ¿La

lengua descansa en el suelo

mandibular?

¿diastema? ¿tipo de paladar?

## 03 · Deglución

### Observada

**Pedir tragar un trago de agua:**

¿Existe interposición de la lengua

entre incisivos? ¿Hay contracción

del mentón (ms borla) o mueca

perioral compensatoria? ¿mastica

solo por un lado, evita texturas

duras, tarda en comer o se cansa?

# Evaluación de la Permeabilidad Nasal

## Pruebas Clínicas Instrumentales

**Prueba de Espejo de Glatzel:** Colocar espejo metálico frío bajo narinas. Un patrón de condensación asimétrico o ausente indica obstrucción física de la fosa nasal ipsilateral.

**Prueba Funcional de Rosenthal:** Pedir al paciente 20 ciclos de respiración nasal con labios ocluidos. Es positiva si aparece aleteo nasal, disnea compensatoria o apertura oral precoz.



# Disfunción Orofacial: Alertas y

## Criterios

### Hallazgos Clave

- Incompetencia labial crónica con labios resecos y agrietados.
- Hipotonía de la musculatura perioral y lingual.
- Maloclusión dental instaurada precozmente.

### Momento Óptimo

#### **A partir de los 4 años:**

A esta edad ya existe maduración motriz suficiente para colaborar activamente con el entrenamiento logopédico miofuncional.

### Flujo de

#### **Derivación Derivar al Médico Foniatra**

para confirmación diagnóstica, indicación de terapia miofuncional (Logopedia MOF) y coordinación con odontopediatra.

La intervención antes de los 4 años es posible y recomendable en forma de orientación familiar eliminación precoz del chupete, cambio de tetina, introducción progresiva de texturas y corrección de hábitos posturales

# Deglución Atípica Infantil

## Signos Clínicos principales

- **Protrusión lingual activa:** La lengua empuja los incisivos anteriores en lugar de apoyarse en el alveolo palatino al tragar saliva.
- **Contracción perioral:** Tensión evidente del músculo borla del mentón y orbicular labial para lograr sellado ausente.
- **No autolimitado:** La deglución atípica no corregida cronifica maloclusiones y altera la pronunciación de fonemas s,t,d y l

## Ventana Terapéutica Ideal

**Edad óptima: 6 a 9 años**

No se debe esperar a la dentición permanente para derivar. Intervenir precozmente evita la necesidad de tratamientos de ortodoncia complejos y reduce el índice de recidivas del apiñamiento dental.

# Síndrome de Respiración Oral

## **Facies Adenoidea**

- Facies alargada, ojeras marcadas por estasis venoso periorcular.
- Paladar ojival (estrecho y elevado) y labio superior hipotónico.
- Postura de la cabeza adelantada para permeabilizar vía aérea.

## **Impacto Sistémico**

- Ronquido persistente y pausas respiratorias nocturnas.
- Sueño fragmentado no reparador que deriva en irritabilidad.
- Afectación del desarrollo escolar por fatiga cognitiva diurna.( Mayor prealencia TDHA)

## **Etiología**

### **Estructural**

La respiración oral suele responder a un factor mecánico subyacente (hipertrofia adenoidea o de cornetes).

Derivación obligada: **ORL** (descarte anatómico) + **Médico Foniatra** (reeducación de la vía nasal funcional).

# sialorrea: ¿cuando el babeo deja de ser normal?

**Hasta los 18-24 meses el babeo es fisiológico por inmadurez del control orofacial**

A partir de los 4 años sin causa neurológica conocida ya es patológico

En niños con síndrome down, parálisis cerebral o daño neurológico: la sialorrea es casi universal y requiere manejo activo independientemente de la edad

¿ por qué importa más allá de lo estético?

- maceración e infecciones cutáneas periorales
- rechazo social y estigma escolar
- interferencia con la alimentación y el habla
- indicador de hipotonía orofacial subyacente no tratada

# Estratificación de Sialorrea Pediátrica

**Escala Thomas-Stonell & Greenberg:** Herramienta estándar de estimación clínica objetiva por gravedad y frecuencia del babeo:

Gravedad (Drooling Severity)	Frecuencia (Drooling Frequency)
1. Seco (nunca babea)	1. No babea
2. Leve (sólo labios húmedos)	2. Ocasional (intermitente)
3. Moderado (moja labios y mentón)	3. Frecuente (babea a menudo)
4. Grave (moja la ropa del niño)	4. Constante (babeo continuo)
5. Profuso (moja ropa, manos y juguetes)	—

## Interpretación y Puntuación

### Indicación de Sialorrea Clínicamente Significativa:

Una puntuación combinada en la escala simplificada DSFS (Drooling Severity & Frequency Scale)  $\geq 6$  (ej. Gravedad  $\geq 3$  + Frecuencia  $\geq 3$ ) se cataloga como de alto impacto clínico y justifica iniciar abordaje farmacológico o intervencionista.

Derivar a médico foniatra para valoración e indicación de tratamiento

# Manejo de la Sialorrea Patológica

## Manejo

- **Conservador inicial:** Reeduación logopédica
  - miofuncional, estimulación del reflejo deglutorio espontáneo y control postural.
- **Fármacos anticolinérgicos** orales como terapia temporal (limitan secreciones, pero tienen efectos secundarios).
- **Adaptaciones del entorno y postura** (baberos
  - absorbentes, higiene cutánea, posicionamiento (alineación cabeza tronco para favorecer cierre labial espontáneo y deglución refleja)

## **Infiltración de Toxina Botulínica**

- **Indicación:** Sialorrea persistente resistente a terapia conservadora en niños con parálisis cerebral o daño neurológico.
- **Procedimiento:** Inyección intraglandular ecoguiada de Toxina Botulínica Tipo A en glándulas submandibulares (y parótidas si es grave).
- **Eficacia clínica:** Reducción salival del 50-70% con una duración media del efecto de 3 a 6 meses.

# Guía de Derivación Miofuncional

Entidad Clínica	Hallazgo Clave en AP	Edad de Derivación	Especialista Destino
<b>Deglución Atípica</b>	Interposición lingual al tragar, mordida abierta asociada.	6 - 9 años (óptima)	Foniatría
<b>Respirador Oral</b>	Facies adenoidea, ronquido persistente, Rosenthal +.	Cualquier edad con sospecha	ORL + Foniatra
<b>Sialorrea Anterior</b>	Babeo abundante con impacto en la piel o calidad de vida.	> 24 meses	Foniatría
<b>Sialorrea Posterior</b>	Babeo inadvertido asociado a tos con sólidos/líquidos.	Inmediata	Pediatría hospitalaria y posterior derivación a Foniatría
<b>Disfunción Orofacial</b>	Hipotonía generalizada en mejillas y labios.	≥ 4 años	Foniatría

# Casos Clínicos: Área Orofacial

## CASO CLÍNICO 1A

### Niña de 7 Años con Dislalia

**Clínica:** Come lento, no mastica sólidos duros. La profesora indica que no se le entiende al hablar de forma fluida.

**Examen:** Boca abierta, interposición lingual anterior, mordida abierta anterior de 3 mm.

**Juicio Foniátrico:** Deglución atípica tipo II con maloclusión establecida. Dislalia consecuente a disfunción.

Derivar: Foniatra (Logopedia MOF + coordinación Ortodoncia).

## CASO CLÍNICO 1B

### Niño de 4 Años con Parálisis Cerebral

**Clínica:** GMFCS II, babeo continuo que empapa la pechera en 1 hora. Ha realizado 6 meses de terapia logopédica miofuncional sin éxito.

**Signo de Alerta:** Episodios de tos con saliva mientras está en reposo.

**Juicio Foniátrico:** Sialorrea posterior sintomática con riesgo de microaspiraciones pulmonares.

Acción: Derivación Urgente para estudio con fees/videofluoroscopia. Posteriormente RHB valorará Botox ecoguiado.

TEMA II

# Señales de Alerta y Derivación en Retraso del Lenguaje

Hitos críticos de la adquisición del lenguaje y la pragmática infantil. Diagnóstico diferencial entre retraso primario, hipoacusia y signos precoces de TEA.

# El Coste de No Actuar a Tiempo

**7-10%**

## Prevalencia de TDL

Incidencia del Trastorno del Desarrollo del Lenguaje (TEL/TDL) en la población pediátrica escolar.

**40%**

## Diagnósticos Tardíos

Niños con trastornos del lenguaje que se detectan tardíamente (por encima de los 36 meses de vida).

**4x**

## Dificultades Lectoras

Mayor riesgo de presentar retraso lector instrumental a los 7 años si el TDL no se trata precozmente.

**-5pts**

## Retraso Auditivo

Pérdida de CI verbal por cada 3 meses de retraso en diagnosticar y amplificar una hipoacusia infantil.

# Anamnesis del Lenguaje y la Pragmática

## Hitos y Desarrollo Inicial

- **Baluceo temprano:** Aparición, usa consonantes variadas (ba,ma,pa) y si hubo interrupción posterior.
- **Uso de gestos:** Señalar para pedir (protoimperativo) y para compartir interés (protodeclarativo, hito crítico).
- **Uso del juego:** Nivel de juego simbólico (utilizar objetos para simular acciones reales).

## Factores de Riesgo y Comorbilidad

- **Riesgo Auditivo:** Descarte de hipoacusia en cribado neonatal, otitis recurrentes o antecedentes familiares de sordera.
- **Antecedentes:** Retraso específico de lenguaje o dislexia en familiares directos de primer grado.
- **Regresión lingüística:** Pérdida brusca de palabras o comunicación previamente consolidadas. (Urgencia Neurológica)

# Hitos del Desarrollo y Señales de Alerta

Edad	Hito Expresivo Típico	Señal de Alarma Absoluta (Derivación)
<b>12 – 15 meses</b>	Baluceo rico intencional, uso de gestos para saludar.	Ausencia de baluceo intencional o uso de gestos comunicativos.
<b>18 meses</b>	Producción de 10-15 palabras funcionales.	Menos de 6-10 palabras funcionales simples o no señala.
<b>24 meses</b>	Frases cortas de dos palabras (combinaciones sujeto + verbo).	Menos de 50 palabras expresivas u omisión completa de frases.
<b>3 años</b>	Narra pequeños eventos, inteligible al 75% para extraños.	Habla completamente ininteligible fuera del entorno familiar directo.
<b>4 años</b>	Estructuración sintáctica funcional y gramática completa.	Uso persistente de frases de menos de 3 palabras, omisión de verbos.

# Exploración Práctica en AP en 5 Minutos

## 1 · Comprensión

### **Pura** **Fuera de contexto visual:**

Dar instrucciones directas simples (ej. "dame la pelota") sin apoyar con gestos de la mano o miradas dirigidas al juguete.

## 2 · Atención

### **Conjunta** **Señalar un objeto distante:**

Analizar si el niño sigue la trayectoria visual de nuestro dedo. Comprobar la existencia de contacto ocular social alternante (mira el objeto, luego a ti y vuelve al objeto)

## 3 · Respuesta al

### **Nombre** **Llamar al niño de espaldas:**

Llamarle por su nombre de pila mientras manipula un juguete neutro. Su desatención es un fuerte predictor de hipoacusia o TEA.

4. juego espontáneo 2 minutos observando sin intevenir:  
¿ juego funcional? ¿ simbólico? ¿ incluye al adulto?

# Diagnóstico Diferencial Clínico

Trastorno	Comprensión	Expresión	Signo de Alerta Diferencial
<b>Retraso Simple (RSL)</b>	Conservada / Normal	Retrasada / Pobre	Gestos compensatorios conservados. Cociente intelectual normal.
<b>Trastorno del Lenguaje (TDL/TEL)</b>	Normal o Limitada	Gravemente alterada	Trastorno persiste mas alla de los 5 años a pesar de estimulación. Repercusión lectoescritora.
<b>Espectro Autista (TEA)</b>	Muy limitada (Pragmática)	Ausente o Ecológica	No señala, contacto ocular pobre, conductas estereotipadas.
<b>Hipoacusia</b>	Alterada globalmente	Pobre e inestable	No responde a estímulos auditivos, timpanometría anormal.
<b>Síndrome de Landau-Kleffner</b>	Pérdida severa tardía	Pérdida progresiva	Regresión sobrevenida con ausencias o crisis epilépticas clínicas.

# Herramientas de Cribado

## Clínico

### **M-CHAT-R/F**

#### **Cribado TEA (16-30 meses):**

Cuestionario de 20 preguntas directas a padres. Descarte rápido de banderas rojas de interacción social.

### **CDI MacArthur-Bates**

#### **Inventario (8-30 meses):**

Información aportada por familiares del vocabulario activo y gestos comunicativos del lactante. Alta sensibilidad.

### **PEDS / Denver II**

#### **Desarrollo (0-6 años):**

Cribado clásico del desarrollo global (lenguaje, motor, personal-social). Muy útil en atención primaria.

# Algoritmo de Derivación: Cribado Auditivo

**Newborn:** Before hospital discharge (or by 1 month of age).



**Infants & Toddlers:** If risk factors or concerns arise.

**Preschool & School-age:**  
Regular checks during well-child visits and school assessments.



## Descarte de Causa Auditiva

### La regla de oro: "¿Oye bien?"

Ante cualquier niño con retraso o disfunción del lenguaje es obligatorio y prioritario realizar una exploración de la vía auditiva (timpanometría y audiometría lúdica o PEATC según edad) antes de consolidar el diagnóstico de retraso simple o TDL.



Una otitis seromucosa bilateral silente mantenida > 3 meses justifica derivación a ORL y puede simular un retraso severo del habla.

# Banderas Rojas de Derivación Inmediata

## ⚠️ Signos de Alerta de Alta Gravedad

- **Ausencia de palabras funcionales** superados los 16 meses de vida.
- **Ausencia de combinación de 2 palabras** sintácticas superados los 24 meses.
- No reacciona de forma evidente ante estímulos sonoros o ante la llamada de su propio nombre.
- **Regresión Lingüística:** Pérdida sobrevenida de capacidades lingüísticas o comunicativas consolidadas, sin causa orgánica obvia.

## 👤 Conducta Clínica en AP

La regresión lingüística es una Urgencia Médica:

Cualquier interrupción o retroceso en la escala expresiva adquirida previamente obliga a realizar derivación hospitalaria preferente en la misma semana. Debe valorarse la realización de un electroencefalograma (EEG) en sueño para descartar síndromes epilépticos subclínicos.

# Casos Clínicos: Área Lingüística

## CASO CLÍNICO 2A

### El Falso Retraso por Bilingüismo

**Clínica:** Niño de 2 años y 2 meses de familia con lengua materna bilingüe (español/rumano).

**Examen:** No produce palabras funcionales en ninguno de los idiomas, pero señala, imita gestos y responde al nombre.

**Rigor Científico:** El bilingüismo nunca provoca retraso expresivo. Sin embargo, no señala ni gesticula.

**Derivar:** Foniatra (retraso lingüístico primario verdadero).

## CASO CLÍNICO 2B

### Sospecha de Landau-Kleffner

**Clínica:** Niña de 3 años y 8 meses. Hace 4 meses construía frases complejas de hasta 5 elementos.

**Evolución:** Ahora solo emite monosílabos inconexos. Se detectan episodios discretos de inatención o "ausencia".

**Impresión Diagnóstica:** Síndrome de Landau-Kleffner (Afasia epiléptica adquirida infantil).

**Acción:** Derivación Urgencia Neuropediatría para EEG.

TEMA III

# **Señales de Alerta y Derivación en Patologías del Habla**

Exploración y diagnóstico diferencial de las alteraciones motoras de la fluidez y articulación pediátricas. Distinción entre dislalia, apraxia del habla y tartamudez.

# Anamnesis del Habla Infantil

## **Perfil Clínico de Articulación**

- **Inicio:** ¿Siempre ha tenido dificultades para pronunciar ciertos fonemas (/r/, /s/) o es de aparición reciente?
- **Evolución:** ¿El patrón de inteligibilidad empeora notablemente ante fatiga física o estrés emocional?
- **Antecedentes:** Cirugía palatina o velar previa, anomalías craneofaciales (frenillo, fisuras, maloclusiones).

## **Patrón de Fluidez (Disfemia)**

- **Anamnesis de Tartamudez:** Edad de inicio de los bloqueos (típico entre los 2 y 5 años como disfluencia evolutiva).
- **Signo de Alerta de Disfemia:** Bloqueos tónicos iniciales asociados a temblor labial, parpadeo forzado o evitación verbal.
- **Historia familiar:** Patrón hereditario directo documentado de tartamudez o TDL en familiares de primer grado.

# Clasificación de las Patologías del Habla

## **Dislalia**

Alteración puramente motora para articular un fonema específico (ej. rotacismo). Descartar causa estructural.

## **Disartria**

Alteración de la articulación provocada por un daño neurológico central o periférico. Afecta tono y fuerza.

## **Apraxia del Habla**

Incapacidad para realizar la planificación y secuenciación de los fonemas en el habla, sin parálisis.

## **Tartamudez**

Bloqueos y repetición persistente de sílabas que alteran el flujo rítmico normal. Origen neuro-evolutivo.

# Evaluación Motora: Diadococinesias (DDK)

## Prueba de Diadococinesias (/pa-ta-ka/)

Mide la velocidad de alternancia motora y la regularidad de la articulación rápida:

- **/pa/:** Evalúa la oclusión bilabial y competencia de labios.
- **/ta/:** Evalúa el control apical de la punta lingual anterior.
- **/ka/:** Evalúa el control velar posterior del dorso lingual.
- **/pa-ta-ka/:** Coordinación secuencial global compleja.

## Interpretación Clínica en AP

Un ritmo irregular o asimétrico sugiere parálisis o **disartria del desarrollo** secundaria a lesión neurológica.

La pérdida súbita de la capacidad de secuenciar el /pataka/ con transiciones irregulares sugiere **Apraxia del Habla Infantil**.

# Señales de Alarma para Derivación Rápida

## ⚠ 🕒 **Cuándo Derivar**

- Habla completamente ininteligible para extraños superados los 4 años.
- Regresión del habla o de fonemas consolidados de forma súbita.
- Disfemia asociada a angustia, bloqueos con temblor de labios, llanto o conductas de evitación escolar.
- Asimetría facial ostensible (parálisis del VII par craneal o asimetría de lengua en protrusión).

## 📄 🩺 **Ruta de Atención AP**

Ante dislalias mecánicas refractarias de un fonema (ej: rotacismo) a los 4 años, se debe derivar al Médico Foniatra para descartar anquiloglosia lingual o fisuras submucosas.

Las sospechas de disartria o apraxia requieren envío preferente a Foniatría de forma coordinada con Neuropediatría.

TEMA IV

# **Señales de Alerta y Derivación en Patologías de la Voz**

Evaluación clínica de la laringe pediátrica. Diagnóstico diferencial perceptual, acústico y aerodinámico entre disfonía funcional, orgánica y patología maligna

# Caso Clínico: Área del Habla

CASO CLÍNICO 3

## Dislalia Fonológica vs. Fonética

**Paciente:** Niño de 5 años. Habla ininteligible para la profesora. Los padres indican que le entienden. Al pronunciar, realiza sustituciones sistemáticas (/t/ por /k/, /d/ por /g/).

**Hallazgo:** En imitación aislada puede pronunciar /k/ perfectamente. El fonema existe, pero falla al integrarlo en la frase hablada.

Diagnóstico: Dislalia fonológica con patrón sistemático.  
Derivar a Foniatra para Logopedia MOF + descartar hipoacusia activa

Sesión Práctica en Habla



# Anamnesis Vocal

## Completa

### Historia Vocal y Evolución

- **Tiempo de evolución:** ¿Disfonía aguda (< 3 semanas) o crónica transitoria de larga data?
- **Instauración:** ¿De inicio brusco (asociado a un grito o laringitis vírica aguda) o de perfil lentamente progresivo?
- **Fatiga:** ¿La calidad de la voz se deteriora al final del día escolar o mejora notablemente con el reposo de fin de semana?

### Factores de Riesgo de Disfonía

- Antecedentes de intubación endotraqueal prolongada (sospecha de estenosis subglótica o sinequias).
- Presencia de reflujo gastroesofágico pediátrico activo que inflama la laringe posterior.
- **Síntomas de alarma graves:** Odinofagia progresiva, disfagia a sólidos o disnea inspiratoria (estridor laringeo).

# Clasificación de las Disfonías

Patología	Etiopatogenia Principal	Hallazgo Laríngeo Clave	Plan de Actuación
<b>Disfonía Funcional</b>	Abuso y mal uso vocal mantenido en el tiempo.	Ausencia de lesión orgánica. Laringe hipertónica.	Foniatra → Logopedia vocal.
<b>Nódulos Vocales</b>	Abuso crónico. Causa benigna más común pediátrica.	Lesión bilateral y simétrica en unión 1/3 anterior y medio.	Foniatra → Logopedia. Cirugía excepcional.
<b>Pólipo Vocal</b>	Suele iniciarse por un sobreesfuerzo de fonación único.	Lesión unilateral exofítica, de aspecto gelatinoso.	Microcirugía laríngea.
<b>Parálisis Cuerda</b>	Daño del nervio laríngeo recurrente (postquirúrgico).	Falta de abducción/aducción de la cuerda parética.	Urgente a ORL si es bilateral.
<b>Papilomatosis Laríngea</b>	Infección persistente por virus del papiloma humano.	Masas vegetantes arracimadas sobre las cuerdas vocales.	ORL Urgente (Riesgo obstrucción).

# Evaluación de la Voz: Escala GRBAS

## Parámetros de la Escala GRBAS

Escala perceptual auditiva estandarizada (valores de 0 a 3):

- **G (Grade):** Grado global de desviación de la voz.
- **R (Roughness):** Aspereza de la vibración (voz ronca).
- **B (Breathiness):** Escape de aire audible (voz soplada).
- **A (Asthenia):** Astenia y debilidad en la proyección.
- **S (Strain):** Grado de tensión muscular perilaríngea.

## Medidas Aerodinámicas Simples

**Tiempo Máximo de Fonación (TMF):** Emisión de /a/ sostenida tras inspiración profunda. Normal en niños > 10s.

**Cociente s/z:** Compara emisión áfona de /s/ frente a la sonora /z/.

$$\text{Cociente } s/z = \frac{TMF_s}{TMF_z}$$

- ⊗ Un Cociente s/z > 1.4 sugiere con alta sensibilidad la presencia de patología orgánica de las cuerdas vocales (nódulos).

# Señales de Alerta de Laringoscopia Directa

## **Banderas Rojas Laríngeas**

- **Disfonía mantenida más de 3 semanas** sin causa catarral aguda concurrente.
- Disfonía progresiva en niños expuestos a tabaquismo pasivo intenso.
- Aparición de **estridor inspiratorio** (compromiso mecánico inminente de la vía aérea).
- Disfonía asociada a disfagia verdadera de líquidos o sólidos o atragantamientos.

## **Criterios del Pediatra**

Toda disfonía > 3 semanas obliga a realizar laringoscopia directa mediante fibroscopio flexible para descartar patología orgánica o tumores de crecimiento rápido.

El estridor inspiratorio agudo con disfonía es una derivación inmediata al servicio de urgencias hospitalarias.

# Caso Clínico: Área de la Voz

CASO CLÍNICO 4

## Disfonía en Edad Escolar

**Paciente:** Niña de 8 años, líder en el patio escolar, diagnosticada de asma, usuaria de corticoides inhalados (budesonida).

**Clínica:** Disfonía ronca (G2, R2, B0, A0, S1) de 6 semanas de evolución que no cede. Los padres indican que grita mucho en actividades extraescolares.

**Diagnóstico Diferencial:** Los corticoides inhalados pueden producir micosis laríngea como causa orgánica de disfonía. No se debe asumir el abuso vocal sin descartarla.

**Acción:** Laringoscopia urgente ORL para descartar candidiasis de cuerdas vocales o nódulos.

## Prevención de Micosis Laríngea

Se debe recomendar sistemáticamente en la consulta de pediatría el enjuague bucal exhaustivo con agua templada y gárgaras tras la administración de corticoides inhalados. Esto reduce drásticamente los depósitos fúngicos en la mucosa de la cuerda vocal laríngea.

CONCLUSIONES CLAVE

## 5 Mensajes para Llevar a la Consulta

### 01 · Vía Estomatognática

La respiración oral y la deglución atípica tienen una ventana terapéutica óptima de reeducación antes del apiñamiento dental definitivo.  
¡Derive temprano!

### 02 · Regresión de Lenguaje

La pérdida brusca de capacidades expresivas es una Urgencia Neurológica. Se debe enviar prioritariamente al hospital para estudio por EEG en sueño.

### 03 · Hipoacusia de Base

Descartar sordera es prioritario ante cualquier retraso de lenguaje o alteración de articulación en el habla de forma obligatoria.

FIN DE LA SESIÓN CURRICULAR

## ¿Alimentación y Disciplina?

Agradecemos su atención. Pueden contactar con la Unidad de Nutrición en el Complejo Hospitalario Universitario de Burgos.



**Contacto Clínico:** Dra. Bárbara Aranda Santos

**Correo Oficial CHUB:** [barbara.aranda@salud-juntaex.es](mailto:barbara.aranda@salud-juntaex.es)



**¿Cuál de los siguientes signos clínicos es el indicador más precoz y específico de una disfunción estomatognática con repercusión esquelética en el lactante/prescolar?**



**Ante un niño de 24 meses que presenta un vocabulario inferior a 50 palabras expresivas y ausencia de combinaciones de dos palabras ("hablante tardío"), ¿cuál debe ser la conducta de elección en Atención Primaria?**





**¿Qué hallazgo clínico nos orienta con mayor especificidad hacia un Trastorno del Desarrollo del Lenguaje (TDL/TEL) frente a un Trastorno del Espectro Autista (TEA) en un niño con retraso del lenguaje?**



# MUCHAS GRACIAS POR LA ATENCIÓN

## MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

NEUROREHABILITACIÓN · DOLOR · APARATO LOCOMOTOR  
DOCENCIA · INVESTIGACIÓN · INNOVACIÓN CLÍNICA



**Bárbara Aranda Santos**  Ella

[Añadir insignia de verificación](#)

Médico Rehabilitador | Neurorrehabilitación, Dolor y Patología Musculoesquelética | Innovación, Docencia e Investigación Clínica | Servicio Extremeño de Salud  
Badajoz y alrededores · [Información de contacto](#)  
840 seguidores · 439 contactos

[Tengo interés en...](#) [Añadir sección](#) [Mejorar perfil](#) [Recursos](#)



Servicio Extremeño de Salud



Universidad CEU San Pablo