



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE MEDICINA - Grado en Logopedia -

TRABAJO FIN DE GRADO

Revisión sistemática y crítica de la Disartria Flácida

Realizado por: Lorena Sánchez de la Fuente
Tutelado por: Dra. Marta Ruiz Mambrilla

Valladolid, 1 de Diciembre de 2014

ÍNDICE

1. ABSTRACT ESPAÑOL/ INGLÉS	3
2. INTRODUCCIÓN	6
2.1. CONCEPTO	6
2.2. CAUSAS DE LA DISARTRIA	6
2.3. CLASIFICACIÓN SEGÚN EL LUGAR DE LA LESIÓN	7
2.4. PRONÓSTICO	8
2.5. TRATAMIENTO	8
2.6. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO	8
3. OBJETIVOS	10
4. METODOLOGÍA	12
5. RESULTADOS	15
6. DISCUSIÓN	28
7. CONCLUSIONES	30
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33

ABSTRACT

1. ABSTRACT ESPAÑOL

Título: Revisión Sistemática de la Disartria Flácida.

Background: La disartria flácida es un trastorno motor del habla caracterizado por anomalías en la articulación. Numerosos autores y especialistas se han centrado en la sintomatología general y el tratamiento farmacológico recibido por los pacientes estudiados, pero ninguno de estos estudios incluye el tratamiento logopédico en ninguno de dichos pacientes.

Objetivo: Este estudio tiene como objetivo dar atención a la necesidad del tratamiento logopédico en pacientes con disartria, así como la necesidad de incluir al logopeda como profesional sanitario, para mejorar la articulación y el habla de los pacientes afectados de disartria flácida.

Metodología: Análisis de veinte artículos científicos que tratan sobre los síntomas logopédicos y los diferentes tratamientos recibidos en estos pacientes, especialmente el tratamiento logopédico.

Resultados: Los resultados obtenidos eran los esperados, puesto que en ninguno de los artículos analizados se remite a tratamiento logopédico ni se menciona al logopeda como profesional sanitario clave para tratar e intervenir en este tipo de trastornos motores. Todos los tratamientos recibidos por los pacientes eran farmacológicos, incluso quirúrgicos.

Conclusiones: Concienciar a la gente sobre la importancia de los logopedas y de los tratamientos logopédicos en todos los tipos de trastornos que afecten al habla y al lenguaje.

Palabras clave: Disartria flácida, tratamiento logopédico, sintomatología logopédica, logopeda.

ABSTRACT INGLÉS

Title: Systematic Review of the Flaccid Dysarthria.

Background: The flaccid dysarthria is a motor speech disorder characterized by abnormalities in the joint. Many authors and specialist have generally focused on the symptoms and drug treatment received in the studied patients, but none of these studies include speech therapy treatment in any of these patients.

Objective: This study aims to give attention to the need for speech therapy in patients with dysarthria, as well as the need to include the speech therapist as a health professional, to improve articulation and speech of patients with flaccid dysarthria.

Methodology: Twenty scientific articles about speech therapy symptoms and different treatments received in these patients, especially speech & language therapy are analyzed in this study

Results: The final results were expected, from the beginning, since in none of the articles analyzed refers to speech therapy or speech therapist mentioned as the key to treating health professional and intervene in this type of motor disorders. All treatments received by the patients were drug, even surgical.

Conclusions: It should raise awareness of speech therapist importance and speech and language treatments importance in all kinds of disorders affecting speech and language.

Keywords: flaccid dysarthria, speech therapy, speech therapy symptoms, speech therapist.

INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

1.1. CONCEPTO

Tradicionalmente la disartria se conoce como un trastorno marcado por una alteración en la ejecución del movimiento afectando así a la producción del habla. Según *Duffy JR* ^(1,2) es “un trastorno neurológico del habla que afecta a la fuerza, velocidad, rango, regularidad, tono o exactitud de los movimientos requeridos para el control de la respiración, fonación, resonancia, articulación y prosodia”.

1.2. CAUSAS DE LA DISARTRIA

Las causas de la disartria pueden ser múltiples, pero principalmente se debe a anomalías en el sistema nervioso central o periférico que se manifiestan por debilidad, espasticidad, incoordinación, movimientos involuntarios, reducido o variable tono muscular. Atendiendo a todas estas características mencionadas, la disartria es un trastorno neurológico, una alteración motora o del control motor del movimiento que puede ser ^(1,2):

- De acuerdo a la edad: congénita o adquirida a cualquier edad.
- De acuerdo a la etiología, puede deberse a un trastorno vascular, traumático, infeccioso, neoplástico, metabólico, degenerativo, etc.
- De acuerdo al curso natural, puede seguir varios patrones evolutivos: regresivo, estable, progresivo o fluctuante.
- Según la severidad, puede presentar diferentes grados, desde leve a muy severa (la anartria “sin habla”, es la máxima expresión de disartria).
- Dependiendo del nivel de la lesión se puede encontrar en el sistema nervioso central o periférico, ambos incluyendo el cerebro, cerebelo, ganglios basales, tronco cerebral y nervios craneales, placa neuromuscular o musculo.
- Atendiendo a la fisiopatología, pueden presentar: espasticidad, flaccidez, ataxia, temblor, rigidez, dismetría y/o movimientos involuntarios, o una combinación de los mismos.

1.3. CLASIFICACIÓN SEGÚN EL LUGAR DE LA LESIÓN

Atendiendo al lugar donde se produce la lesión las disartrias se pueden clasificar de la siguiente manera:

- Disartria flácida: se debe a una lesión de la neurona motriz inferior. La causa puede deberse a un ACV, TEC, ELA, tumores del SNC, y distintos procesos musculares distróficos, así como neuritis y síndromes distróficos. Se manifiesta principalmente por una parálisis flácida con debilidad, hipotonía y atrofia muscular ^(2,3).
- Disartria espástica: se debe a un daño bilateral de la vía corticonuclear y/o corticoespinal. Las causas pueden ser diversas como un ACV, TEC, lesiones desmielinizantes, neoplasias, infecciones del SNC, enfermedades degenerativas, etc. Este tipo de disartria se caracteriza por una parálisis espástica, debilidad, rango de movimiento limitado y lentitud en los movimientos ^(2,3).
- Disartria atáxica: se debe a un daño de los circuitos del control cerebeloso de la motricidad. Sus principales causas son los ACV, TEC, tumores del cerebelo, cerebelitis, etc. Se manifiestan principalmente por hipotonía, lentitud motora e inexactitud en el rango, dirección y tiempo del movimiento (ataxia) ^(2,3,4).
- Disartria hipocinética: se debe a una disminución en la cantidad y velocidad de los movimientos por compromiso del sistema extrapiramidal. La causa más frecuente es por la enfermedad de Parkinson. Este tipo de disartria se caracteriza por hipocinesia, bradicinesia, rigidez y temblor de reposo ^(2,3).
- Disartria hipercinética: se debe a síndromes con aumento en la cantidad y velocidad de los movimientos determinado por el sistema extrapiramidal. Se puede clasificar a su vez en disartria hipercinética predominantemente rápida y disartria hipercinética predominantemente lenta ^(2,3).
- Disartria por lesión de neurona motora superior unilateral: se asocia a un daño de la vía motora supranuclear. Sus causas son los ACV, tumores o causas traumáticas. Se caracteriza por la debilidad, algunas veces espasticidad e incoordinación ^(1,2,3).

- Disartria mixta: se debe a la combinación de diferentes disartrias, mencionadas anteriormente, principalmente se da entre disartria mixta espástica- flácida y disartria mixta espástica- atáxica- flácida ^(1,2).

1.4. PRONÓSTICO

El pronóstico de la disartria depende de varios factores como la edad, etiología, severidad, estado neurológico, trastornos del lenguaje asociados, tiempo de evolución y deterioro cognitivo son los más importantes y los que determinaran el pronóstico del paciente ^(2,4).

1.5. TRATAMIENTO

El tratamiento que debe tener una persona con disartria debería de ser logopédico combinado con otro tipo de tratamiento ya sea médico, farmacológico, psicológico... El objetivo principal que se debe conseguir con las personas que tienen disartria es satisfacer las necesidades comunicativas de la vida diaria y así obtener una mejora de la calidad de vida ^(2,4).

1.6. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

El presente trabajo, se basa en concreto en la disartria flácida, la cual se debe, como ya se ha explicado anteriormente ^(2,3), a la lesión de la neurona motora inferior afectando a los pares craneales V, VII, IX, X y XII. Las principales características de las personas que padecen disartria flácida son una voz soplada (sin resistencia y débil) hipernasalidad y distorsión consonántica. Así como una parálisis flácida con debilidad, hipotonía y atrofia muscular. Esto ocurre como consecuencia de alteraciones a nivel del núcleo motor, sus axones o la placa neuromuscular ⁽²⁾.

La elección de dicho trabajo es principalmente analizar diferentes artículos científicos de disartria flácida y observar los síntomas logopédicos que se mencionan, así como el uso del tratamiento logopédico combinado con otro tipo de tratamientos para la rehabilitación de dichos pacientes.

OBJETIVOS

2. Objetivos

Los objetivos principales que se pretenden conseguir con dicha revisión son:

1. Observar y analizar la sintomatología logopédica que se hace referencia en la disartria flácida
2. Valorar la remisión a un tratamiento logopédico o en su defecto combinación de otros tratamientos con el tratamiento logopédico
3. Valorar la evolución clínica y comprobar si se trata de un trastorno transitorio o en su defecto es crónico.

A su vez como objetivos específicos se pueden incluir los siguientes:

1. Analizar si hay diferencia respecto al sexo y edad de los pacientes que presentan este trastorno, y como afecta atendiendo a estos factores.
2. Analizar si en todos los casos analizados la disartria es una causa secundaria a otra enfermedad o trastorno (tumores, infecciones...).

METODOLOGÍA

3. Metodología

Durante los meses de Enero, Febrero y Marzo del año 2014 se ha realizado una búsqueda bibliográfica en la base de datos PubMed principalmente, así como también en Jstor, utilizando como palabras clave “flaccid dysarthria” en la mayoría de los artículos encontrados, pero también se utilizó “dysarthria and bulbar palsy”. Se impuso límite de fecha de 10 años y también el filtro de especies en humanos.

Una vez comenzada la búsqueda, se decidió poner el filtro de “free full text available” para facilitar el acceso a los artículos completos disponibles. Mediante el filtro de años y de especie se obtuvo un resultado de 1868 artículos disponibles, y añadiendo el filtro de “texto completo disponible” se obtuvieron 344.

Se realizó también una búsqueda en el Índice Médico Español en el que se utilizó como palabra clave “disartria flácida”, pero no se obtuvo ningún documento.

Esta estrategia de búsqueda supuso el análisis de 20 artículos finalmente, descartando con anterioridad 5 artículos en los que en el título hacía referencia a la disartria flácida pero en el propio artículo solo se mencionaba las características de tal trastorno, sin hacer referencia a ninguna investigación.

Esto supuso una gran dificultad, puesto que se analizaba un artículo que en principio podía ser de utilidad para el análisis de este trabajo pero finalmente no trataba sobre ningún caso en concreto, ni se hacía mención respecto a sintomatología logopédica o no y tampoco a tratamiento logopédico o no.

La lengua en la que estaban escritos todos los artículos analizados era principalmente inglesa, lo cual ha complicado notablemente el análisis de dichos artículos y su completa comprensión. Otros de los artículos encontrados estaban escritos en otra lengua, como en chino, alemán, francés... por lo que no se han podido analizar a pesar del interés que tenían.

Una vez seleccionados los 20 artículos, durante los meses de marzo y abril del 2014 se analizaron minuciosamente para buscar los datos necesarios del trabajo. A partir del análisis de estos 20 artículos, se dispuso toda la información más relevante, en una tabla resumen donde se muestra, el título, año, autor, número de pacientes, causas, síntomas logopédicos como la respiración, fonación, articulación y otros, así como los síntomas no logopédicos y finalmente el tratamiento que se recibe especificando si es logopédico o no.

La metodología que se ha seguido para citar y elaborar las referencias bibliográficas han sido las normas Vancouver.

RESULTADOS

4. Resultados

Tras el análisis de los artículos seleccionados, se presentan en la siguiente *Tabla 1* los resultados obtenidos, teniendo en cuenta los datos más relevantes para dicho trabajo.

Los datos se presentan de la siguiente forma:

- Autor/es y año del artículo.
- Número de casos.
- Causas de la disartria.
- Síntomas logopédicos, divididos a su vez en:
 - Respiración.
 - Fonación.
 - Articulación.
 - Otros síntomas logopédicos.
- Síntomas no logopédicos.
- Tratamiento logopédico.
- Tratamiento no logopédico

AUTOR/ AÑO	Nº DE CASOS	CAUSAS	SINTOMAS LOGOPÉDICOS				SINTOMAS NO LOGOPEDICOS	TRATAMIENTO LOGOPEDICO	TRATAMIENTO NO LOGOPEDICO
			RESPIRACIÓN	FONACIÓN	ARTICULACIÓN	OTROS			
Kazuhiro Ishii, Tomomi Kanazawa, Yasushi Tomidokoro y Akira Tamaoka (2013) ⁽⁵⁾ .	Varón de 15 años	Inactivación de una vacuna contra la influenza. (Gripe).	Dificultad para tragar sólidos y después de 12 días no podía tragar líquidos.	No se remiten síntomas.	Discurso del habla afectado, disartria flácida.	No se remiten.	No presenta síntomas de gripe: ni sarpullidos, ni diarrea, ni fiebre... Pero si se ahogaba con su saliva.	No se remite a tratamiento logopédico	Se administró IgIV tratamiento (0,4 g / kg / día) durante cinco días debido a que el paciente habían experimentado previamente una reacción alérgica a los esteroides.
Elisa Giorli, Elisabetta Traverso, Luna Benedetti, Simona Zupo, Bruno del Sette, Giannamaria Cerruti y Massimiliano Godani (2014) ⁽⁶⁾ .	Mujer de 82 años.	Linfoma de células T malignas que se alojan en la piel.	No se remiten síntomas.	No se remiten síntomas.	Discurso del habla afectada, disartria flácida.	No se remiten.	Diez días antes del ingreso presentó parestesia y debilidad motora del lado izquierdo y convulsión tónico- clónica generalizada.	Se remite la necesidad de hacer un seguimiento neurológico tras el diagnóstico de MF.	No se remite tratamiento no logopédico.
Gaoping Lin, Dongdong Ren, Shunyuan Guo y Yu Geng. (2014) ⁽⁷⁾ .	Mujer de 83 años y varón de 51 años.	Debido a un AIT por ACV	No se remiten síntomas.	No se remiten síntomas.	Discurso del habla afectado, disartria flácida.	No se remiten.	Debilidad muscular en las extremidades izquierdas.	No se remite tratamiento logopédico.	Aspirina al principio, después combinación de aspirina con CLOPIDOGREL.
Alex Föster, Hans U. Kerl, Johannes Goerlitz, Holger Wenz, Chrisoph Groden. (2014) ⁽⁸⁾ .	39 casos de 72 años de media de edad. 20 varones y 19 mujeres.	Infarto talámico aislado.	No se remiten síntomas.	No se remiten síntomas.	Disartria severa revelada (30.8%, afasia (17.9), ataxia (15.4%).	No se remiten.	Hemiparesia (53,8 %).	No se remite tratamiento logopédico.	Resonancia magnética durante 325 minutos.

Tabla 1

AUTOR/ AÑO	Nº DE CASOS	CAUSAS	SINTOMAS LOGOPÉDICOS				SINTOMAS NO LOGOPEDICOS	TRATAMIENTO LOGOPEDICO	TRATAMIENTO NO LOGOPEDICO
			RESPIRACIÓN	FONACIÓN	ARTICULACIÓN	OTROS			
Neeraja J. Boddu, Sridhar Badireddi, Karl David Straub, John Schwankhaus y Rajani Jagana. (2013) ⁽⁹⁾ .	Varón de 64 años.	No se sabe la causa.	No se remiten	No se remite	Disartria flácida (habla inteligible).	Disfagia. Falta de atención (incapaz de repetir 3 dígitos). Secreciones de la orofaringe con tos.	Distonia cervical con resolución espontánea de la izquierda.	No se remite.	El tratamiento se inició con hidrocortisona 100mg cada 8 horas , yoduro de potasio 3-4 gotas tres veces al día, y la dosis metimazol aumentó a 20 mg tres veces al día. Se continuaron metoprolol y diltiazem.
Pedro PO Pardal, Edna AY Ishikawa, José LF Vieia John S Coelho Regina CC Dórea, Paulo AM Abati Mariana MM Quiroga and Hipócrates M Chalkidis. (2014) ⁽¹⁰⁾ .	48 casos. Las media de edad 31,5 (23-41) años en el este, y 31,5 (20 - 50) años en el oeste	Envenenamiento por picadura de un escorpión T. Obscurus.	No se remiten síntomas.	No se remiten síntomas.	Disartria	No se remiten síntomas.	Dolor, parestesia, edema, eritema, sudoración, piloerección y la quemadura, ataxia y mioclonías. Vómitos, sialorrea, priapismo, taquicardia, hipotensión arterial o hipertensión arterial, e insuficiencia cardiaca.	No se remite.	Tratados con una dosis de 15 ml de antiveneno de escorpión por vía intravenosa durante un período de 20 minutos.

AUTOR/ AÑO	Nº DE CASOS	CAUSAS	SINTOMAS LOGOPÉDICOS				SINTOMAS NO LOGOPEDICOS	TRATAMIENTO LOGOPEDICO	TRATAMIENTO NO LOGOPEDICO
			RESPIRACIÓN	FONACIÓN	ARTICULACIÓN	OTROS			
Sabine Skodda, Wenke Grönheit Uwe Schlegel, Martin Südmeyer, Alfons Schnitzler and Lars Wojtecki (2014) ⁽¹¹⁾ .	38 casos	Enfermedad de Parkinson. Por estimulación cerebral profunda crónica del núcleo subtalámico	No se remiten síntomas.	No se remiten síntomas.	Disartria en todos los casos	Funciones prosódicas afectadas, alteraciones en la velocidad y la regularidad de no voz sílaba repetición	No se remiten síntomas no logopédicos	No se remite tratamiento logopédico.	Factores quirúrgicos mediante la colocación de un electrodo de estimulación
Mumtaz Begum Mustafa, Siti Salwah Salim, Noraini Mohamed, Bassam Al-Qatab, Chng Eng Siong. (2014) ⁽¹²⁾ .	No hay un número de casos-	Disartria	No se remiten síntomas	No se remiten.	Disartria	No se remiten.	No se remiten síntomas no logopédicos	Reconocimiento de voz automático (ASR).	No se remite tratamiento no logopédico
H Modarres-Sadeghi, H Rogers, J Emami, R J Guiloff. (2014) ⁽¹³⁾ .	16 de los cuales 10 presentan disartria.	Enfermedad de la motoneurona.	Respiración alterada.	No se remiten. voz débil y nasal,	Disartria flácida y espasticidad y debilidad en los músculos orofaciales. Clonnis mandibulares	Algún paciente presenta Disfonía y Disfagia	Tono muscular bajo en las extremidades, clonnis en el tobillo,	Los pacientes recibieron 0-1-035 mg / kg por vía intravenosa.	Pacientes con disartria mejora en su discurso. Paciente con disfonía mejora y otro con anartria no cambió.

AUTOR/ AÑO	Nº DE CASOS	CAUSAS	SINTOMAS LOGOPÉDICOS				SINTOMAS NO LOGOPEDICOS	TRATAMIENTO LOGOPEDICO	TRATAMIENTO NO LOGOPEDICO
			RESPIRACIÓN	FONACIÓN	ARTICULACIÓN	OTROS			
Pamela Grunwell y Susan Huskins. (1979) ⁽¹⁴⁾ .	3 casos, solo un varón de 39 años con disartria flácida). Los otros dos presentaban otras disartrias.	ACV (disartria a causa del tronco cerebral)	Respiración alterada en la espiración	Ritmo lento, voz entrecortada y nasal.	Disartria. Debilidad espástica labios y lengua, paladar atrofiado	Disfasia, disfonía	No se remiten	No se remite	Tratamiento logopédico principalmente para la disartria. Mejora también la disfonía.
David Morgan, Bernard Williams. (1992) ⁽¹⁵⁾ .	54 casos. 34 mujeres y 20 varones. 44 casos se analizaron. Edad de las mujeres entre 10-58 y varones 18 a 61.	Problemas del rombencefalo. Afectación clínica del tronco cerebral y descompresión craneovertebral.	Disfonía	No se remite	Disartria, disfagia, parálisis del paladar y afectación del hipogloso	No se remite.	Dolor de cabeza, vértigo, parestesia trigémico, diplopía, el tinnitus.	No se remite	Quirúrgico
Richard J. Morris. (1989) ⁽¹⁶⁾ .	20 casos con disartria flácida, espástica, ataxia e hipocinética	Lesiones de las neuronas motoras inferiores	Respiración incorrecta.	No se remite	Disartria flácida. Errores: distorsiones omisiones, sustitución de sílabas/fonema. Velocidad de habla lenta.	No se remite	No se remiten	No se remite	Análisis acústico del habla y los diferentes patrones.
Kirrie J. Ballard, J. Bruce Tomblin, Joseph R. Duffy, Katharine H. Odell y Charles A. Williams ⁽¹⁷⁾	Dos casos (madre de 50 años e hijo de 18)	Translocación cromosómica del gen FOXP2.	No se remite	No se remite	Disartria, apraxia del habla, y los errores de distorsión del desarrollo.	No se remiten	No se remiten	Necesidad de evaluación y tratamiento de niños con trastornos que afecten al habla.	No se remite.

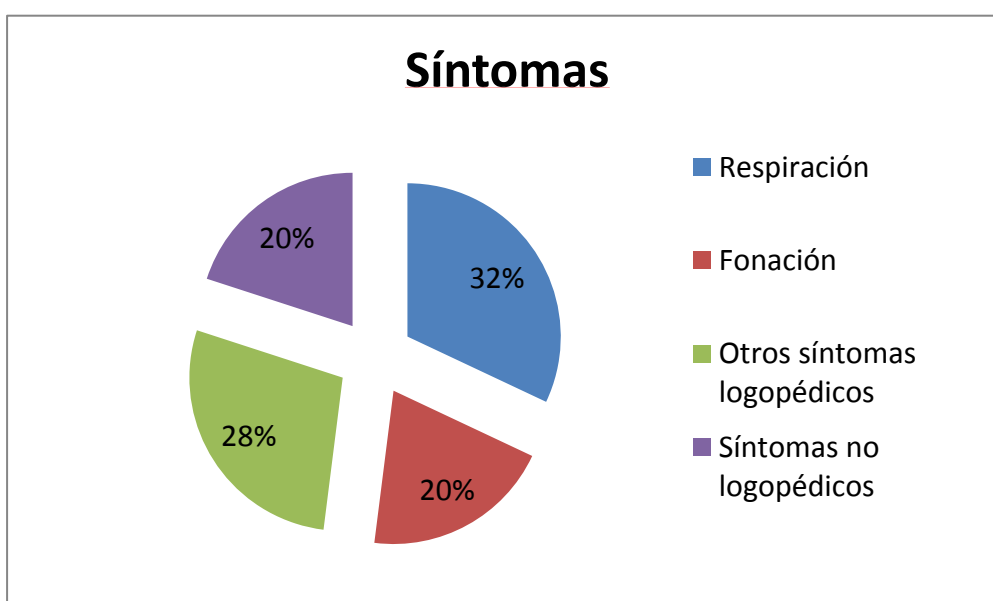
AUTOR/ AÑO	Nº DE CASOS	CAUSAS	SINTOMAS LOGOPÉDICOS				SINTOMAS NO LOGOPEDICOS	TRATAMIENTO LOGOPEDICO	TRATAMIENTO NO LOGOPEDICO
			RESPIRACIÓN	FONACIÓN	ARTICULACIÓN	OTROS			
Suman Kumar, Indranil Chatterjee, Navnit Kumar, Ankita Kumari (2011) (18)	Varón de 26 años	Encefalopatía anóxica por un intento de suicidio por ahorcamiento	Respiración irregular y dificultad para respirar. Inspiración audible. Hipernasalidad y emisiones audibles	Reducción de volumen, tono bajo, ritmo lento.	Disartria flácida. Frases cortas, hipotonía y atrofia facial	Ausencia de reflejo nauseoso, En ocasiones disfagia y babeo	Debilidad y torpeza de movimientos dedos y pérdida de agarre manual y rigidez de ambas extremidades inferiores.	Tratamiento logopédico "terapia del habla" mezclada con comunicación alternativa y aumentativa (SAAC)	-
James Paul y Arnold E. Aronson (1986) (19)	18 casos) dos de tipo flácido.	Lesiones nerviosas en el duodécimo par craneal.	-	-	Disartria flácida con mucha debilidad lingual	-	-	Se remite la necesidad de tratamiento logopédico.	-
Bruce E. y Murdoch Helen J. Chenery. (1990) (20)	Mujer de 39 años	Calcificación focal central en el cruce pontomesencefálica debida a la radioterapia después de la extirpación quirúrgica de un tumor de la fosa pituitaria.	-	Grado alto de hipernasalidad	Disartria flácida. Errores de tipo parafasias semánticas y anomia.	Afasia de Wernicke. Dificultades leves en la comprensión auditiva. Deterioro en habilidades léxicas/ semánticas y déficit en la memoria verbal.	Mal funcionamiento del nervio craneal X bilateralmente. Reflejos tendinosos profundos hiperactivo.	Tratamiento logopédico para la disartria e hipernasalidad.	-

AUTOR/ AÑO	Nº DE CASOS	CAUSAS	SINTOMAS LOGOPÉDICOS				SINTOMAS NO LOGOPEDICOS	TRATAMIENTO LOGOPEDICO	TRATAMIENTO NO LOGOPEDICO
			RESPIRACIÓN	FONACIÓN	ARTICULACIÓN	OTROS			
Cherly L. Giddnes, Anton E. Coleman, Corey M. Adams (2010) ⁽²¹⁾ .	14 adultos	Corea de Huntington	Afectada, regurgitación nasal.	Afectada	Disartria flácida (puede ser anterior a la Corea de las extremidades) Debilidad en lengua, mandíbula y gestos faciales.	Resonancia afectada y ocasiones disfagia. Posibles aspiraciones.	Incapaz de mantener la cabeza firme (síntomas propios de la Corea)	Tratamiento logopédico (ejercicios respiratorios, fonatorios y praxias)	Tratamiento farmacológico
Milinda Withana, Chaturaka Rodrigo, Thashi Chang, Panduka Karunanayake and Seneka Rajapakse (2014) ⁽²²⁾ .	Mujeres de 45 años de edad.	Síndrome cerebeloso debido a la fiebre del dengue.	-	-	Disartria flácida.	-	Dismetría bilateral, disdiadococinesia e incoordinación en la derecha. Presento fiebre, escalofríos, astralgia, mialgia, cefalea. Falta de equilibrio y mareos.	-	Tratamiento farmacológico.
B J M de Swart, B F M van Engelen, J P B M van de Kerkhof, B A M Maassen (2003) ⁽²³⁾ .	16 hombres y 14 mujeres (18 y 68 años)	Distrofia miotónica.	Respiración alterada y continua fatiga	Debilidad fonatoria.	Disartria flácida. Menor tasa de repetición, volumen reducido, duración del sonido.	-	Distrofia miotónica.	Se remite necesidad de tratamiento logopédico	-
Sejvar, J.J., Bode, A. V., Marfin, A. A., Campbell, G. L, ... & Petersen, L. R. (2005) ⁽²⁴⁾ .	32 pacientes (media 56 años) 6 con disartria.	Infección por el virus del Nilo Occidental.	Insuficiencia respiratoria.	-	Disartria flácida.	-	Poliomielitis, síndrome Guillain Barré, meningitis, encefalitis.	-	Farmacológico

Una vez expuestos los resultados obtenidos, tras el análisis de los 20 artículos seleccionados, se muestra claramente la falta de información logopédica en todos ellos.

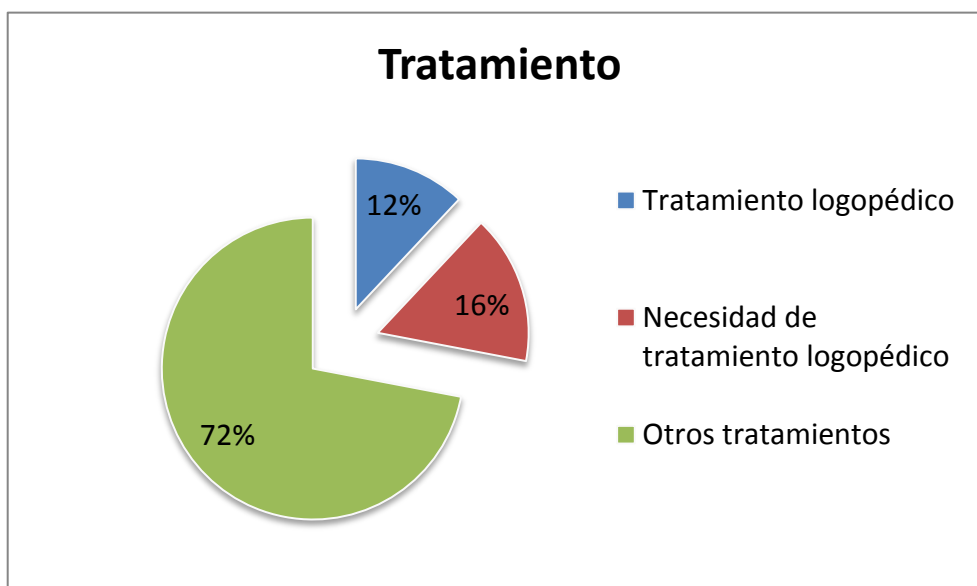
Se muestran los resultados obtenidos en relación a los objetivos que se planteaban al inicio del trabajo.

Respecto a la sintomatología, en casi todos ellos no especifican las dificultades que tienen los pacientes examinados, se menciona la dificultad que presenta a nivel articulatorio (disartria flácida), pero en tan solo 8 de los veinte artículos se hace referencia a los problemas respecto a la respiración (32%), en 5 se hace referencia a características de la fonación (20%), y en 7 se hace referencia a otros síntomas logopédicos en los que se incluye la prosodia, disfagia, afasia...(28%) etc. Sin embargo en prácticamente todos los artículos se menciona otro tipo de sintomatología que no tiene que ver con la logopédica (20%).



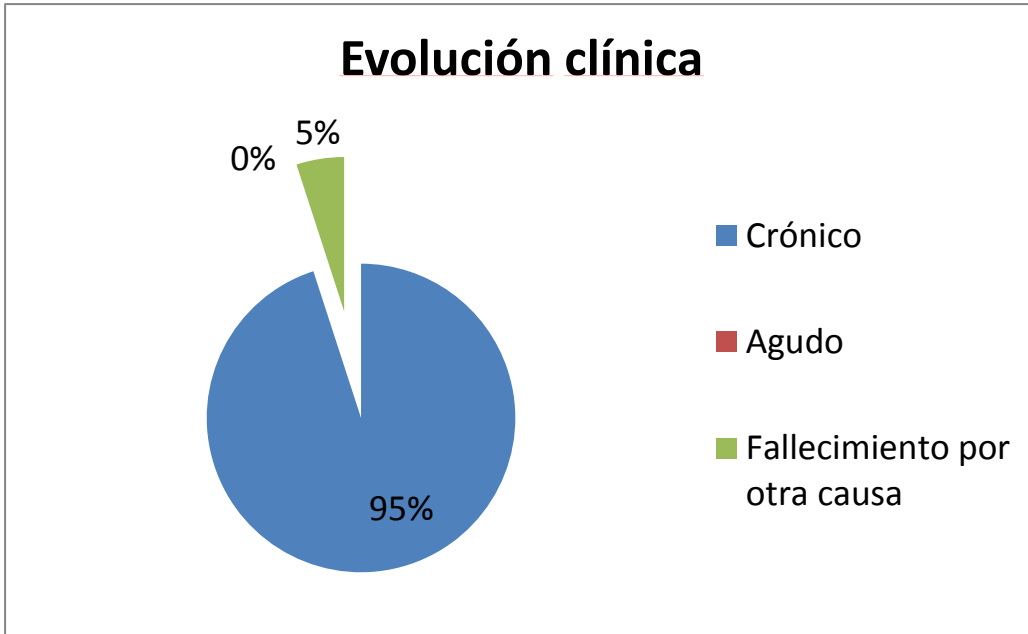
Atendiendo al tratamiento recibido, en tan solo, 3 de los 20 artículos se deriva a tratamiento logopédico, incluso en uno de ellos se hace referencia al uso de Sistemas Alternativos de Comunicación, también conocidos como SAAC para que el paciente pueda comunicarse mediante estos sistemas mientras se rehabilita (representa un 12%).

Mientras que en otros 4 artículos al menos se menciona la necesidad de recibir un tratamiento logopédico además del médico, quirúrgico o farmacológico que esté recibiendo el paciente (corresponde con un 16%). Por consiguiente en los 18 restantes se remite a otro tipo de tratamientos, como se ha mencionado, la mayoría de ellos son farmacológicos o quirúrgicos sin ni siquiera mencionar el tratamiento logopédico, (72% restante).

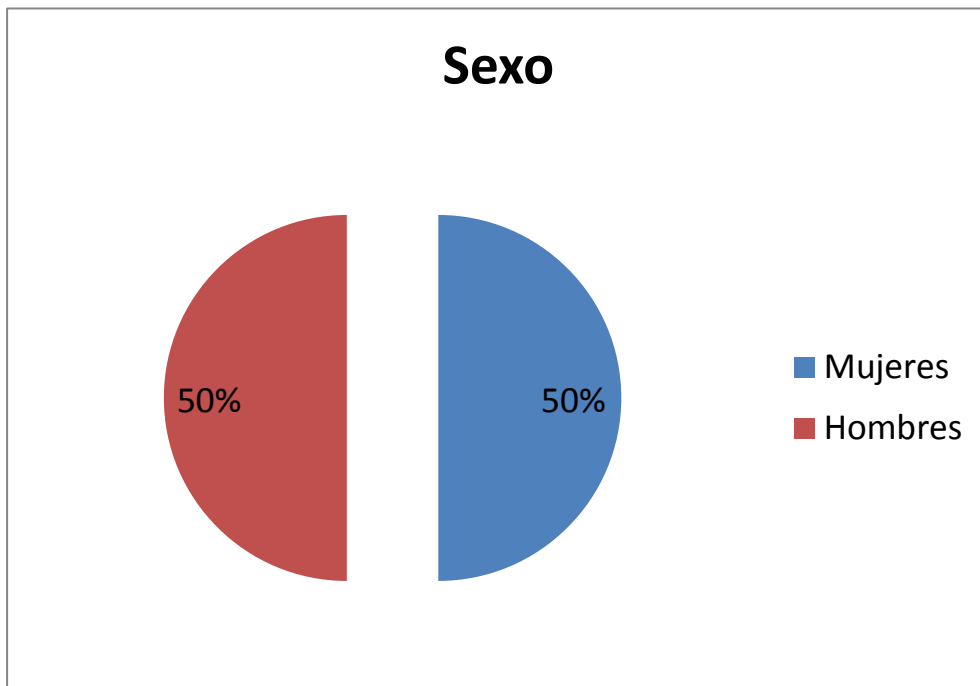


Respecto a la evolución clínica de los pacientes que se estudian en los artículos seleccionados, en la mayoría de los casos es crónico, (95%) puesto que aunque haya mejoría en los síntomas, la patología persiste en el tiempo.

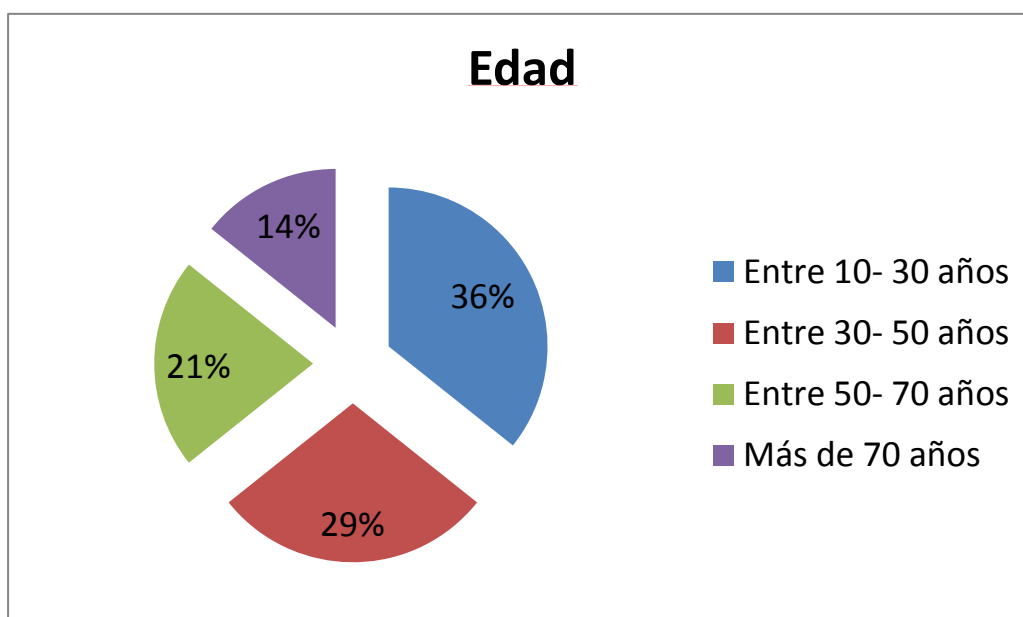
Por lo tanto no se puede saber con exactitud si han conseguido superar la disartria flácida porque no hay datos al respecto, pero todo parece indicar que es algo crónico y que se seguirá trabajando en el futuro. Solo hay un caso en el que el paciente falleció pero no a causa de la disartria sino a causa de un tumor que fue lo que provocó el trastorno (5%).



En cuanto al sexo de los pacientes que se han analizado en dichos artículos, hay bastante variedad aunque se ha comprobado que no hay una predominancia de mujeres o de hombres, puesto que está muy igualado.



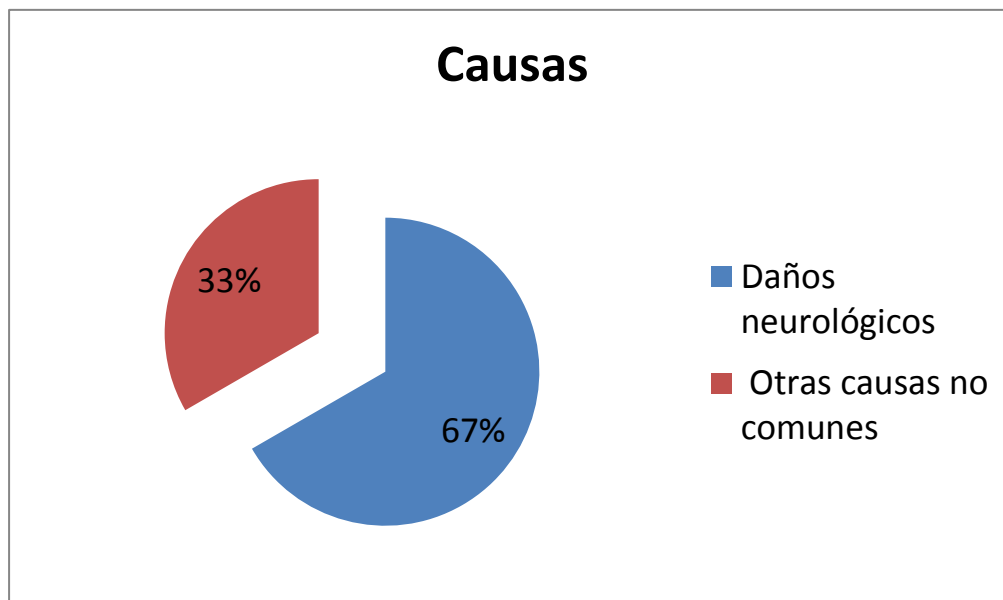
En cuanto a la edad, en 6 de los 20 artículos no se especifica la edad de los pacientes. Por lo tanto, se comprueba que pacientes entre 10- 30 años hay 5 artículos (36%), pacientes entre 30- 50 años hay 4 artículos (29%), pacientes entre 50-70 años hay 2 artículos (21%) y mayores de 70 años hay 3 artículos (14%). Es decir, el rango de edad se establece entre los 30-70 años, estando muy próximo el rango de edad entre 10-30 y más alejado el de mayores de 70 años



Atendiendo a las causas que han producido dicha patología, encontramos mucha variedad puesto que la mayoría presentan daños neurológicos, pero hay casos en los que se produce la disartria por patologías secundarias.

En 12 de los artículos los pacientes presentan disartria flácida a causa de daños neurológicos (67%), mientras que 6 de los artículos revisados (33%), tienen una causa no neurológica no común (intoxicación por picadura de escorpión, inactivación de una vacuna contra la gripe, intento de suicidio por ahorcamiento, translocación cromosómica del gen FOXP2, infección por el virus del Nilo Occidental, entre otros...).

Sin embargo, la mayoría de las causas que han producido la disartria flácida son accidentes cardiovasculares, tumores, enfermedad de la motoneurona, y diversas lesiones nerviosas, como se ha mencionado en la introducción de dicho trabajo haciendo referencia a las principales causas de la disartria flácida.



DISCUSIÓN

5. Discusión

El principal inconveniente de esta revisión sistemática ha sido el número de artículos disponibles para su análisis y la lengua en la que estaban escritas. Se ha intentado realizar una valoración global atendiendo a los objetivos planteados al principio del trabajo, y aunque el número de artículos no ha sido extenso, para poder establecer unas conclusiones firmes, si podemos ver la dirección que podría tener un estudio mucho más amplio sobre la Disartria Flácida.

Una vez expuesto todos los resultados obtenidos, a continuación se rebatirán ciertos aspectos.

El primero de ellos alude a la importancia de describir correctamente los síntomas logopédicos, puesto que en la gran mayoría de los artículos aparecen muy pocos datos respecto a las principales características del lenguaje como son: respiración, fonación, resonancia, prosodia y articulación ^(2,3). Solo se hace mención en muy pocos y de forma muy vaga. Se considera importante una buena descripción de los síntomas logopédicos que presente el paciente, para poder realizar un tipo de rehabilitación u otra y encaminar el tratamiento en la dirección correcta.

Otro de los aspectos que se debe tener en cuenta es la remisión de tratamiento logopédico, ya que en muy pocos casos se remite a este y lo que se pretende con esta revisión es dar importancia al tratamiento logopédico; bien sea combinado con otro tipo de tratamiento (quirúrgico, farmacológico...) o bien como tratamiento único. Como se hace referencia al inicio del trabajo ^(2,4), el tratamiento que debe tener una persona con disartria debería de ser logopédico, combinado con otro tipo de tratamiento, ya que el objetivo principal en las personas con disartria flácida es satisfacer las necesidades comunicativas de la vida diaria y de esta forma obtener una mejora de la calidad de vida.

Los problemas de comunicación son muy importantes, pero no vitales para la salud de los pacientes, y por ello no se le da la importancia que tiene. Aunque los problemas de comunicación no sean vitales, es necesario que una vez que el paciente este estabilizado (de su patología principal), no se debe demorar el tratamiento logopédico, lo que demuestra una oposición absoluta a la mayoría con los autores de los artículos expuestos, puesto que la comunicación es una función imprescindible en el ser humano, y cuanto antes se empiece la rehabilitación, los resultados sean más satisfactorios.

Este aspecto me parece crucial para la rehabilitación del paciente con disartria flácida puesto que, el tratamiento logopédico consigue que se mejore en muchos aspectos que se han visto afectados por dicho trastorno como son la parálisis flácida, debilidad, hipotonía y atrofia muscular ^(2,4), que mejorará la calidad de vida del paciente.

Atendiendo a la evolución clínica, se considera crónica en la mayoría de los casos debido a que no hay datos suficientes en los que se describa la evolución de dicha patología.

Se puede intuir además, que al no realizar un tratamiento logopédico en la mayoría de los casos, dificulta que los pacientes mejoren y avancen en la mejora de su patología, puesto que no se incide en los problemas que provoca la disartria flácida.

Se plantea por tanto, que teniendo un tratamiento logopédico, mejoraría en muchos de sus errores y dificultades puesto que, aunque dicho tratamiento es muy largo y costoso, siempre se consiguen mejoras que se deben mantener en el tiempo, siempre teniendo en cuenta la edad del paciente, etiología, severidad, estado neurológico, deterioro cognitivo... ^(1,2) etc. Se considera crucial hacer hincapié sobre este hecho, y hacer conscientes al resto de profesionales y también a los autores de los artículos expuestos, de la importancia de dicho tratamiento y que ellos mismos le den la importancia que requiere.

En cuanto a la edad y sexo de los pacientes, aclarar que el sexo no influye en la adquisición de este tipo de trastornos, pero la edad ^(1,2) se considera fundamental, puesto que, aunque hay excepciones en las que las edades son muy cortas, lo normal es que se produzca en edades adultas entre 30- 70 años. Por ello, se debe tener cierta “vigilancia” y control durante este periodo de edad, para evitar las causas ^(1,2) más comunes que provocan la disartria flácida, como son los daños neurológicos (accidentes cardiovasculares, tumores, enfermedad de la motoneurona, y diversas lesiones nerviosas...).

CONCLUSIONES

6. Conclusiones

Las conclusiones que se han extraído tras el análisis y revisión de los artículos expuestos con anterioridad, han cumplido los objetivos planteados al inicio del trabajo.

Muchas de las conclusiones obtenidas, eran las esperadas, aunque no las deseadas, puesto que dichas conclusiones demuestran que no se da la importancia necesaria tanto al Logopeda como a sus tratamientos en este tipo de pacientes

1. Escasez de artículos relacionados con la Disartria Flácida y el Logopeda. Los artículos que se encuentran sobre dicha patología son en otras lenguas.
2. Poca información sobre la sintomatología de los pacientes con disartria flácida y en los casos en los que se menciona se hace de forma muy superficial.
3. Escasez de importancia sobre el tratamiento logopédico y su remisión por otros profesionales, desde los centros médicos.
4. Mayor importancia de los tratamientos farmacológicos y quirúrgicos ante un paciente con disartria flácida, quedando en segundo plano el tratamiento logopédico.
5. La evolución clínica de la disartria en todos los casos expuestos, es crónica puesto que en ninguno de ellos se menciona la evolución de los pacientes.
6. La mayoría de los casos son personas adultas entre los 30-70 años y el
7. El sexo no influye de ninguna manera puesto que se puede observar que aproximadamente hay el mismo número de varones que de mujeres en dichos casos.
8. La disartria flácida aparece también como causa secundaria a otro tipo de problemas o trastornos como, infecciones, envenenamiento, gripe, calcificación de la zona ósea...etc.

Se considera por tanto, que se debería de dar una mayor importancia a la labor del logopeda y por tanto al tratamiento logopédico ya que se pueden conseguir la superación de muchas de las dificultades asociados a la Disartria Flácida. Esto es una labor que todos los profesionales deberíamos de tener presente y tratar de realizar tratamientos combinados en los que intervienen diferentes profesionales; es decir, formar un equipo multidisciplinar en el que formen parte diferentes profesionales sanitarios para poder rehabilitar de una forma menos agresiva para el paciente como puede suponer el tratamiento quirúrgico o farmacológico.

También es importante decir que muchos de los artículos seleccionados son de hace más de 20 años, y por entonces la Logopedia no se conocía de la misma forma que ahora. Hay que señalar que los artículos en los que se hace referencia al tratamiento logopédico o por lo menos, se remite la necesidad de ello, son artículos de los años 1986, 1990, 2003, 2006, 2010 y 2011. Sin embargo muchos de los artículos son de años muy recientes, principalmente del 2013 y 2014 y en ellos ni siquiera se menciona la remisión a un tratamiento logopédico. Esto debería de llamarnos la atención a todos los profesionales sanitarios, puesto que teniendo mucha más información que hace 20 años se sigue eludiendo el tratamiento logopédico y se prefiere optar por otros tratamientos, que quizás sean más agresivos para los pacientes.

A modo de conclusión final y reflexión, debemos dar la importancia que tiene la Logopedia; empezando por nosotros mismos, los profesionales sanitarios, para poder inculcarla al resto de profesionales y pacientes, puesto que la comunicación es el rasgo más característico de las personas y lo que nos convierte en seres humanos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7. Referencias bibliográficas.

1. Duffy, JR. Motor Speech disorders: substrates, differential diagnostic and management. First edition, St. Louis: Elsevier Mosby 1995.
2. Duffy JR. Motor Speech disorders: substrates, differential diagnostic and management. Second edition, St Louis: Elsevier Mosby 2005.
3. González, R. A., & Bevilacqua, J. A. Las disartrias. Rev Hosp Clín Univ Chile 2012; 23: 299 – 309.
4. Melle, N. Guía de intervención logopédica en la disartria. Madrid. Editorial Síntesis, 2008.
5. Ishii K, Kanazawa T, Tomidokoro Y, & Tamaoka A. Glossopharyngeal nerve and vagus nerve palsies associated with influenza vaccination. Internal medicine. 2013; 53(3): 259-261.
6. Giorli E, Traverso E, Benedetti L, Zupo S, Del Sette B, Cerruti G, et al. Central nervous system involvement in mycosis fungoides: relevance of tcr gene testing in cerebrospinal fluid. SpringerPlus. 2014; 3(1): 1-4.
7. Gaoping L, Dongdong R, Shunyuan G, and Yu G. Effectiveness of cilostazol in transient ischemic attack refractory to aspirin: A report of two cases. Experimental and Therapeutic Medicine. 2013; 7: 739- 741.
8. Förster A, Kerl H. U, Goerlitz J, Wenz, H, & Groden, C. Crossed Cerebellar Diaschisis in Acute Isolated Thalamic Infarction Detected by Dynamic Susceptibility Contrast Perfusion MRI. PloS one. 2014; 9(2): e88044.

9. Boddu, N. J, Badireddi S, Straub K. D, Schwankhaus J, & Jagana R. Acute Thyrotoxic Bulbar Myopathy with Encephalopathic Behaviour: An Uncommon Complication of Hyperthyroidism. *Case reports in endocrinology*. 2013.
10. Pardal P. P, Ishikawa E. A, Vieira J. L, Coelho J. S, Dorea R. C, Abati P. A, et al. Clinical aspects of envenomation caused by *Tityus obscurus* (Gervais, 1843) in two distinct regions of Pará state, Brazilian Amazon basin: a prospective case series. *Journal of Venomous Animals and Toxins including Tropical Diseases*. 2014; 20: 1-7.
11. Skodda S, Grönheit W, Schlegel U, Südmeyer M, Schnitzler A, & Wojtecki L. Effect of subthalamic stimulation on voice and speech in Parkinson's disease: for the better or worse?. *Frontiers in neurology*. 2013; 4.
12. Mustafa M. B, Salim S. S, Mohamed N, Al-Qatab B, & Siong C. E. Severity-Based Adaptation with Limited Data for ASR to Aid Dysarthric Speakers. *PloS one*. 2014; 9(1): e86285.
13. Modarres-Sadeghi H, Rogers H, Emami J, & Guiloff R. J. Subacute administration of a TRH analogue (RX77368) in motorneuron disease: an open study. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 1988; 51(9): 1146-1157.
14. Grunwell P & Huskins S. Intelligibility in acquired dysarthria—A neuro-phonetic approach: Three case studies. *Journal of communication disorders*. 1979; 12(1): 9-22.
15. Morgan D, & Williams B. (1992). Syringobulbia: a surgical appraisal. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 1992; 55(12): 1132-1141.

16. Morris R. J. VOT and dysarthria: a descriptive study. *Journal of communication disorders*. 1989; 22(1): 23-33.
17. Shriberg L. D, Ballard K. J, Duffy J. R, Odell K. H, & Williams C. A. Speech, prosody, and voice characteristics of a mother and daughter with a 7; 13 translocation affecting FOXP2. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2006; 49(3): 500-525.
18. Kumar S, Chatterjee I, Kumar N, & Kumari A. Management of flaccid dysarthria in a case of attempted suicide by hanging. *Eastern Journal of Medicine*. 2011; 16(1): 66-71.
19. Dworkin J. P & Aronson A. E. (1986). Tongue strength and alternate motion rates in normal and dysarthric subjects. *Journal of communication disorders*. 1986; 19(2):115-132.
20. Murdoch B. E, & Chenery H. J. Latent aphasia and flaccid dysarthria associated with subcortical and brainstem calcification 20 years post-radiotherapy. *Journal of Neurolinguistics*. 1990; 5(1): 55-73.
21. Giddens C. L, Coleman A.E & Adams C.M. A home program of Speech Therapy in Huntington's Disease. *Journal of Medical Speech- Language Pathology*. 2010.
22. Milinda W, Chaturaka R, Thashi C, Panduka K. & Senaka R.W et al. Dengue fever presenting with acute cerebellitis: a case report. *BMC Research Notes*. 2014; 7:125.
23. De Swart B. J. M, Van Engelen B. G. M, Van de Kerkhof J. P. B. M, & Maassen B. A. M. Myotonia and flaccid dysarthria in patients with adult onset myotonic dystrophy. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2004; 75(10): 1480-1482.

24. Sejvar J. J, Bode A. V, Marfin A. A, Campbell G. L, Ewing D, Mazowiecki M, et al. West Nile virus–associated flaccid paralysis. *Emerging infectious diseases*. 2005; 11(7):1021-1027.

Agradecimientos.

A mi tutora Marta Ruíz Mambrilla, por su apoyo, conocimientos, disponibilidad y entrega, ya que sin ella no podría haber realizado este Trabajo de Fin de Grado. Gracias Marta.