

APUNTE
ASIGNATURA: TRASTORNOS DEL LENGUAJE EN EL ADULTO
“AFASIA”

FLGA.

SARA

AUTORES:
FLGA. ANDREA HELO
FLGA. PAULA ARECHETA
FLGA. LILIAN TOLEDO
TAPIA

BASES NEUROLÓGICAS DEL LENGUAJE

Flga. Paula Arecheta

El Lenguaje es “un complejo y dinámico sistema convencional de signos que es usado para pensar y comunicar”, que depende, al igual que el resto de las funciones cerebrales superiores, del trabajo de distintas áreas cerebrales, estructuras corticales y subcorticales.

Dominancia para el lenguaje

Se han descrito algunas variables que influirían en la dominancia del lenguaje:

Lateralidad y lenguaje

Los principales componentes del lenguaje se encuentran en el área perisilviana del hemisferio dominante. El 95% de los diestros tienen localizados el lenguaje en el Hemisferio Izquierdo y solo un 5% en el Hemisferio Derecho. En cambio, el 70% de los zurdos tiene localizado el lenguaje en el Hemisferio Izquierdo y un 15% en el Hemisferio Derecho y un 15% en forma bilateral.

Género y lenguaje

La relación es por cada 2 a 3 hombres afásicos hay 1 mujer con afasia. Se han propuestos diversas teorías que explicarían esta diferencia, señalando que las mujeres tendrían un lenguaje más protegido frente a una injuria cerebral, debido a una representación más bilateral del lenguaje en el cerebro, con un cuerpo caloso de mayor tamaño que los hombres, favoreciendo el traspaso de información entre ambos hemisferios.

Edad y lenguaje

Los pacientes con afasia de Broca son significativamente más jóvenes que los pacientes con afasia de Wernicke. Existe una diferencia promedio de 12 años entre ambos tipos de afasia. Esta diferencia se explicaría debido a que la organización del lenguaje es dinámica en el tiempo, una propuesta señala que ambos hemisferios tendrían la misma participación en el lenguaje al comienzo, sin embargo, con los años se va lateralizando, primero se desplazaría la expresión del lenguaje al hemisferio izquierdo y más tarde la zona posterior. Otra explicación propone que los sujetos mayores tienen más probabilidad de presentar Afasia de Wernicke, debido a la involución cerebral, que se asocia a deterioro cognitivo. En cambio en jóvenes se

produce menos compromiso cognitivo. No significa que una persona joven no pueda presentar una afasia de Wernicke.

Escolaridad y lenguaje

La escolaridad no cambia la dominancia hemisférica para el lenguaje y otras funciones cognitivas, sin embargo, en alfabetizados existiría una mayor lateralidad de tales funciones que en las personas con menor escolaridad.

ÁREAS CORTICALES DEL LENGUAJE

Área de Broca (B): Ubicada por delante de la cisura de Rolando, al pie de la tercera circunvolución frontal izquierda. Correspondiente al área 44 y 45 del mapa de Brodmann. La función del área de Broca consiste en procesar información gramatical, formulación verbal (morfosintaxis) de entrada y salida. Otra función, relacionada con el habla es la programación motora para la articulación.

Área de Wernicke (W): Ubicada por detrás de la cisura de Rolando, en el lóbulo temporal izquierdo, correspondiente al área 22 y 42 de Brodmann. Su función es el procesamiento léxico de entrada y salida. La comprensión auditiva y la selección del léxico.

Fascículo Arqueado: Haz de fibras de asociación, con conexión bidireccional entre W y B.

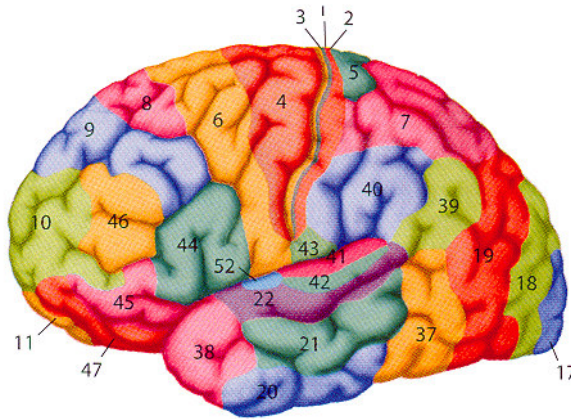
Circunvolución Supramarginal: Ubicada en el lóbulo parietal inferior izquierdo, correspondiente al área 40 del mapa de Brodmann. Su función es el procesamiento fonológico de entrada y salida, selección de fonemas, importante para la escritura y la repetición.

Circunvolución Angular: Ubicada en el lóbulo parietal izquierdo, correspondiente al área 39 del mapa de Brodmann. Presenta un rol importante en la integración visual, auditiva, táctil y en la lectoescritura. Procesamiento semántico de entrada y salida. Aquí se encuentra el contenido de las palabras, la representación mental del mundo.

La semántica se encuentra organizada en los lóbulos temporales correspondientes a las áreas 38, 20, 21 del mapa de Brodmann (en ambos hemisferios)

Áreas subcorticales del lenguaje

El tálamo los ganglios basales participarían en el lenguaje. Hillis señala que las estructuras subcorticales tendrían una participación indirecta sobre el lenguaje.



IRRIGACIÓN FUNCIONAL DEL CEREBRO

Flga. Paula Arecheta

El cerebro es el mayor consumidor de oxígeno y glucosa del cuerpo, ambos son obtenidos a través del flujo sanguíneo. El 25% de toda la sangre del cuerpo está en el cerebro, debido a su gran requerimiento de oxígeno y glucosa, ya que no posee reservas significativas de estas. Por lo tanto un corte o interrupción del flujo sanguíneo trae consecuencias catastróficas.

El mecanismo a través del cual el cerebro obtiene la sangre, comienza en el corazón, la presión de bombeo empuja la sangre a través de las arterias.

La sangre oxigenada es bombeada desde el corazón a la **arteria aorta** y luego es distribuida a las dos **arterias subclavias** una a cada lado. Las ramas de la arteria carótida común salen de cada arteria subclavia. Las **arterias carótidas comunes** ascienden en el cuello donde cada una de ellas se divide en la arteria **carótida interna** y **arteria carótida externa**. Esta última se dirige completamente a la cara por lo que la ignoraremos de aquí en adelante.

La **arteria carótida interna** sigue hacia arriba a cada lado del cuello, cerca de la superficie, justo detrás del ángulo de la mandíbula. La arteria carótida interna penetra en la cavidad craneal por el agujero rasgado anterior y una vez dentro se divide en las siguientes ramas: **art. coroídea anterior**, **art. cerebral anterior**, **art. cerebral media**, **art. oftálmica**, **arteria comunicante anterior**, **arteria comunicante posterior**.

Además de cada rama de la arteria subclavia aparece la **arteria vertebral** (una a cada lado), las cuales penetran en el cráneo por el agujero occipital. De ésta arteria nace la **arteria cerebelosa posteroinferior**. La arteria

vertebral sigue la superficie anterior de la medula hacia arriba hasta que se anastomosa, en la base del puente, formando la **arteria basilar**. La arteria basilar continúa hacia arriba a lo largo de la línea media del puente y de ésta, nacen las ***arterias cerebelosas antero inferiores, arterias cerebelosas superiores*** y por encima de la protuberancia, se divide en 2 ramas, las **cerebrales posteriores**, que se anastomosan con las comunicantes posteriores, ramas de la carótida interna conectándose con la parte posterior del **Polígono de Willis**.

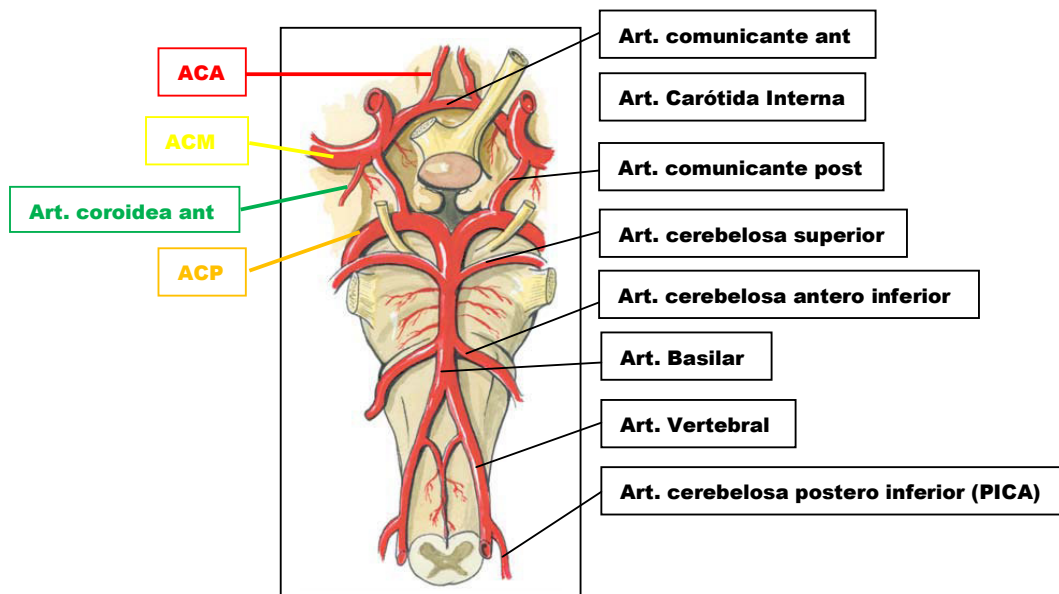
Es útil recalcar, el gran rol que cumple el polígono de Willis como sistema anastomótico. Éste, al reunir los aportes de los cuatro vasos permite una redistribución compensatoria del flujo cuando uno de ellos se obstruye o sub-obstruye. Esto, muchas veces, es suficiente para mantener la actividad metabólica cerebral intacta. Es tan importante esta anastomosis, que de su suficiencia y/o conformación anatómica dependerá el tipo de infarto que pueda llegar a tener un paciente. El polígono de Willis forma un circuito que conecta las tres principales arterias alimentadoras (las dos arterias carótidas y la arteria basilar) con las seis arterias cerebrales. Las arterias cerebrales obtienen irrigación sanguínea, a través del polígono, de cualquiera de las principales arterias alimentadoras. Si una de las arterias alimentadoras es bloqueada las otras dos aún podrán proveer bastante sangre para mantener la irrigación sanguínea de las arterias cerebrales. Sin embargo, esta función de “válvula de seguridad” sirve solo cuando el bloqueo ocurre debajo del polígono. La oclusión de una arteria cerebral arriba del polígono de Willis inevitablemente causara un daño cerebral, porque las arterias cerebrales no tienen ninguna fuente común una vez que dejan el polígono. La cantidad de tejido cerebral afectado por la oclusión de una arteria cerebral depende de donde ocurrió la oclusión de la arteria. Oclusión del tronco o de la rama principal de la arteria cerebral afecta regiones grandes del cerebro, mientras que la oclusión de las ramas periféricas afecta regiones pequeñas. La distribución de las arterias cerebrales se superpone levemente en sus límites. Consecuentemente la oclusión de la periferia de una arteria no debería ocasionar tanto daño cerebral porque tienen irrigación sanguínea colateral de una arteria adyacente.

Tres pares de arterias cerebrales salen hacia arriba del polígono de Willis, dos arterias cerebrales anteriores (ACA), dos arterias cerebrales medias (ACM) y dos arterias cerebrales posteriores (ACP), una en cada hemisferio.

ACA Se distribuye por la *cara interhemisférica* de los hemisferios cerebrales. Irriga toda la *cara medial* del lóbulo frontal, lóbulo parietal, el occipital y las 4/5 partes anteriores del cuerpo calloso. En la *cara lateral* del hemisferio irriga la primera circunvolución frontal, el tercio superior de la circunvolución precentral. El tercio superior del lóbulo parietal. El ángulo superior y medial del lóbulo occipital. En la *cara inferior del hemisferio*, se distribuye por la mitad interna de la superficie orbitaria del lóbulo frontal. Las **ramas profundas** riegan la porción anterior de la cápsula interna, la porción inferior de la cabeza del núcleo caudado y la porción anterior del globo pálido.

ACM Alcanza la superficie lateral del hemisferio cerebral, se introduce en la cisura de Silvio y en la Ínsula. En su trayecto se distingue una porción basilar y otra cortical. Las ramas de la porción basilar salen por los orificios del espacio perforado anterior y van a irrigar: núcleo caudado (excepto parte de su cabeza), Tálamo (excepto su polo posterior), Pálido, Putamen, Claustro o Antemuro, Rodilla y brazo de la cápsula interna, cápsula externa y cápsula extrema. Las ramas de la porción cortical surgen de la cisura de Silvio y van a irrigar gran parte de la cara externa de la corteza, irrigando la 2ª y 3ª circunvolución frontal, los dos tercios inferiores de la circunvolución precentral, los dos tercios inferiores del lóbulo parietal, gran parte de la cara lateral del lóbulo occipital y la 1ª y 2ª circunvolución temporal. En la *cara interhemisférica* irriga sólo el polo temporal. Por la *cara hemisférica inferior* se distribuye por el polo temporal y la mitad lateral de la cara orbitaria del lóbulo frontal.

ACP Nace de la arteria basilar y recibe aportes de la carótida interna a través de la arteria comunicante posterior. Se distribuye por la cara inferior del hemisferio por la tercera, cuarta, quinta circunvolución temporal y el hipocampo. Por la cara interna se distribuye por todo o gran parte del lóbulo occipital. Por la cara lateral irriga a la 3ª circunvolución temporal, a la 3ª circunvolución occipital y al polo occipital. A través de sus ramas perforantes da circulación a la parte posterior del tálamo y a los núcleos geniculados. La arteria calcarina que irriga las áreas visuales.



Clasificación de las Afasias

Flga. Andrea Helo

Flga. Sara Tapia

Históricamente en el estudio de la afasia se han creado diferentes clasificaciones, desde la propuesta por Carl Wernicke en 1874, hasta las clasificaciones propuestas por la escuela de Boston en la actualidad. Desde el punto de vista teórico existe una discusión de más de 100 años, si la afasia es un fenómeno unidimensional o multidimensional. Un trastorno unidimensional, implica un trastorno multimodal. Ya que se comprometen las cuatro modalidades: Lenguaje expresivo, lenguaje comprensivo, lectura y escritura. Según esta postura existe “la afasia” y no las afasias, debido a que es un solo trastorno que afecta el lenguaje pero con múltiples manifestaciones dependiendo de cómo se afecten sus modalidades. Un trastorno Multidimensional, implica que las modalidades del lenguaje no se comprometen por igual. Se configuran diferentes cuadros sindromáticos de acuerdo a las modalidades comprometidas y conservadas. Existen las afasias y no la afasia.

La clasificación de la afasia implica un problema. Ya que en la práctica clínica entre el 60 y 80% de las afasias puede ser clasificada dentro de los cuadros sindromáticos clásicos. Es por esto que en la clasificación de las afasias incluye diversos sistemas. En la historia de la afasiología se han publicado diversos estudios sobre clasificación de las afasias. En 1972, McMahon, recopiló cerca de 113 distintas clasificaciones. Posteriormente, en 1979 Benson presentó un paralelo entre distintas clasificaciones (21 autores entre 1875 y 1978).

A continuación se presentan los criterios de clasificación de la Afasia más frecuentes en la literatura:

- **Criterio anátomo-clínico**

Clasifica a las afasias según la topografía de la lesión. Una manera de clasificar a las afasias desde este punto de vista es la que utiliza la división Síndromes “Corticales” y Síndromes “Subcorticales” dependiendo del sitio de la lesión.

Alrededor de un 80% de los pacientes que sufren un accidente cerebrovascular (ACV) puede clasificarse usando este sistema.

Dentro de los Síndromes Corticales podemos realizar una subclasificación topografica que incluye la división entre Afasia perisilviana para referirse a aquellas afasias que presentan una lesión cercana a la cisura de Silvio como Afasia de Broca, Afasia de Wernicke, Afasia de Conducción, Afasia Anómica y Afasia Global. y afasia marginal para aquellas en que la lesión se encuentra alejada de esta área Afasia transcortical motora, Afasia transcortical sensorial

Dentro de los Síndromes “Subcorticales” podemos encontrar: Afasia anterior capsular/putaminal, Afasia posterior capsular/putaminal, Afasia global capsular/putaminal, afasia talámica.

- **Clasificación según Dicotomías**

La literatura utiliza dicotomías que permiten clasificar de manera sencilla a los pacientes afásicos. A continuación se presenta un cuadro tomado de Ardila 2006 donde aparecen las principales dicotomías utilizadas en la literatura y sus respectivos autores.

Dicotomía		Autor
Expresiva	Receptiva	Weisenburg y McBride (1935)
Motora	Sensorial	Karl Wernicke (1874)
Anterior	Posterior	(Goodglas y Kaplan 1972)
No fluente	Fluente	(Benson, 1967)
Trastornos paradigmáticos	Trstornos sintagmaticos	Jakobson 1964

Clasificación sindrómica

Existen más de 20 tipos de clasificación que utilizan el criterio sindromático. A continuación se presenta un cuadro tomado de Ardila 2006, donde se resumen las principales clasificaciones recientes de los síndromes afásicos.

Luria 1966	Benson & Geschwind 1971	Hécaen & Albert 1978	Kertesz 1979	Benson 1979	Lecours et al. 1983
Motora eferente	Broca	Agramática	Broca	Broca	Broca
Sensorial	Wernicke	Sensorial	Wernicke	Wernicke	Wernicke Tipo I
Motora aferente	Conducción	Conducción	Conducción	Conducción	Conducción
Dinámica	Transcortical motora	Transcortical motora	Transcortical motora	Transcortical motora	Aspontaneidad
----	Transcortical sensorial	Transcortical sensorial	Transcortical sensorial	Transcortical sensorial	Wernicke Tipo II
----	Aislamiento área lenguaje	Aislamiento	Transcortical mixta	----	
Semántica Amnésica	Anómica	Amnésica	Anómica	Anómica	Amnésica
---	Global	---	Global	Global	----
---	Afemia	Motora pura	---	Afemia	Anartria pura

Una corriente importante de clasificación de las afasias es la propuesta por Luria (1976). A continuación se presenta un cuadro tomado de Ardila 2006, donde se muestra la clasificación de las afasias según Luria

Tipo de afasia	Factor alterado
Acústico-Agnósica	Discriminación fonémica
Acústico-Amnésica	Memoria verbal
Amnésica	Estructura semántica de las palabras
Semántica	Comprensión de relaciones lógico-gramaticales
	Estructuras cuasi-espaciales
Motora aferente	Discriminación de articulemas
Motora eferente	Trastornos en la melodía cinética del habla
Dinámica	Iniciativa verbal

Otra clasificación útil para los síndromes afásicos es la propuesta por Benson y Ardila en 1996. A continuación se presenta un cuadro tomado de Ardila 2006, donde se muestra esta clasificación.

Tabla 1.4 Clasificación de los trastornos afásicos (según Benson & Ardila, 1996)

	Pre-rolándica	Post-rolándica
Peri-Silviana	Broca Tipo I (síndrome triangular)	Conducción (síndrome parietal-insular)
	Broca Tipo II (síndrome triangular-opercular-insular)	Wernicke Tipo I (síndrome insular posterior-istmo temporal)
		Wernicke Tipo II (síndrome circunvolución temporal superior y media)
Extra-Silviana	Extrasilviana Motora Tipo I (síndrome prefrontal dorsolateral izquierdo)	Extrasilviana Sensorial Tipo II (síndrome temporo-occipital)
	Extrasilviana Motora Tipo II (síndrome del área motora suplementaria)	Extrasilviana Sensorial Tipo II (síndrome parieto-occipital angular)

Benson propone que para poder realizar la clasificación de las afasias se deben considerar las siguientes dimensiones del lenguaje:

- Habla conversacional, lenguaje comprensivo, repetición, denominación, lectura en voz alta, comprensión de lectura y escritura

La clasificación sindrómica más utilizada entre los fonoaudiólogos de nuestro país y la que será utilizada en este curso es la propuesta por la Escuela de Boston que clasifica a las afasias en: Afasia de Broca, Afasia de Wernicke, Afasia de Conducción, Afasia Anómica, Afasia transcortical motora, Afasia transcortical sensorial y Afasia Global. Este grupo realiza su clasificación basándose en la dicotomía fluente no fluente, proponiendo el uso de las siguientes dimensiones:

- Línea Melódica, longitud de la frase, agilidad articulatoria, forma gramatical, parafasias en habla seguida, repetición, capacidad para encontrar palabras y comprensión auditiva

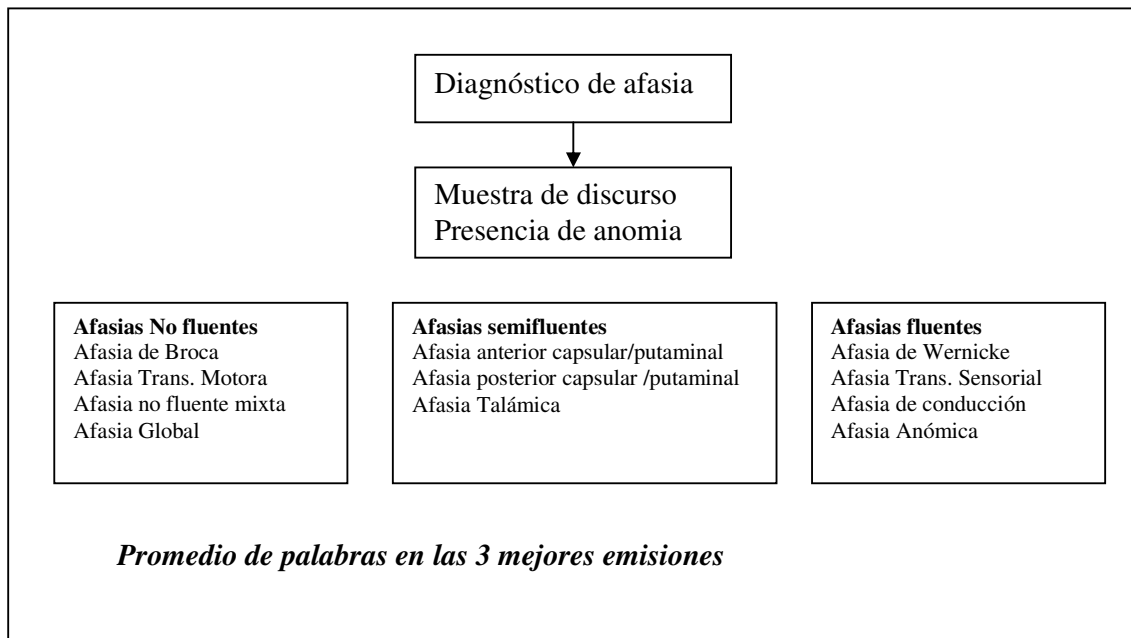
Se debe destacar que alrededor del 20% de los pacientes afásicos no pueden clasificarse y los factores que inciden en ello son (Helm Estabrooks y Albert, 1994) :

1. Dominancia cerebral atípica.
2. Lesión cerebral bilateral.
3. Lesiones con diferentes localizaciones en el mismo hemisferio.

4. Enfermedad neurológica progresiva.
5. Abuso de sustancias tóxicas

A continuación se presentan en detalle estos síndromes afásicos.

Helm –Estabrooks (2005), propone un cuadro que ayuda a clasificar a las afasias, basandose en la fluidez.



AFASIAS FLUENTES

Flga. Andrea Helo H.

Las afasias fluentes se caracterizan por presentar secuencias ininterrumpidas de cinco palabras o más, bien articuladas, con dificultad para recuperar palabras, las que esta desproporcionadamente alterada al compararla con la fluidez. Las frases –en general- son gramaticalmente correctas, las palabras funcionales (artículos, preposiciones, verbos auxiliares, conjunciones etc), se encuentran presentes, conservando su ubicación en la oración, aunque pueden existir errores de omisión o sustitución.

Pueden observarse errores en la producción de palabras, como cambiar una palabra por otra (parafasias), este cambio puede hacerse por otra palabra relacionada semánticamente (parafasia semántica) o por una palabra que no tiene relación (parafasias verbales). También pueden existir errores en la elección de los fonemas que componen las palabras (parafasias fonémicas o literales) y neologismos.

A nivel gramatical se puede observar paragramatismo a causa de sustituciones u omisiones de morfemas gramaticales (Goodglass y Kaplan, 1996).

Tipos de afasia fluente

Afasia de Wernicke: (Head: Afasia Sintáctica, Goldstein: Afasia sensorial; Luria: Afasia acústica)

Ubicación de la lesión: Generalmente lesión en la porción posterior de la primera circunvolución temporal del hemisferio izquierdo. En el territorio de la rama inferior de la arteria cerebral media

Características principales

Expresión verbal: Lenguaje fluente, sin dificultad articulatoria, la velocidad con la que hablan puede estar aumentada lo que se conoce como “presión en el habla”.

Se observa una marcada anomia (dificultad para recuperar las palabras). Muchas veces pueden producir una gran cantidad de palabras pero sin palabras de contenido semántico, lo que se conoce como “habla vacía”.

En los casos más severos y en las etapas aguda puede existir un gran número de parafasias (literales, verbales, semánticas) así como neologismos, dando origen a una jerga sin significado (jergafasia). Sin embargo, se siguen distinguiendo las palabras gramaticales y la inflexión de sustantivos y verbos. Estos pacientes generalmente presentan paragramatismo por presencia de parafasias de las palabras funcionales, sin embargo, estas palabras conservan su ubicación gramatical.

La repetición en general presenta distorsiones paráfasicas, pueden presentarse neologismos e inserciones irrelevantes. Se puede observar ampliación, es decir, los sujetos agregan una palabra o una frase o utilizan una frase más compleja que la dada por el examinador.

Cuando el paciente se recupera y su severidad alcanza el nivel de leve, la frecuencia de las parafasias se reduce y los pacientes pueden mostrar conciencia de sus errores presentando autocorrecciones e inhibición de las respuestas incorrectas.

Comprensión auditiva: Puede verse muy afectada incluso a nivel de palabras. Los pacientes más severos o en etapas agudas pueden tener una comprensión auditiva nula. Generalmente, se observa un nivel de comprensión limitado a palabras aisladas o frases sencillas. Cuando el paciente se recupera y alcanza los niveles más leves la comprensión auditiva puede mejorar y limitarse a dificultad con oraciones complejas. Es frecuente observar fatiga.

Lectura y escritura: Por lo general, la lectura y escritura se encuentran severamente alteradas. La lectura se encuentra alterada generalmente en forma similar a la comprensión auditiva, sin embargo, puede existir una variación entre la comprensión auditiva y la comprensión lectora. La escritura no se ve afectada en cuanto a la grafía pero el contenido puede ser ininteligible. Muchos pacientes producen una escritura fluente con paragrafias, similar a su expresión oral. Puede haber uso repetitivo de ciertas palabras con falta de sustantivo y palabras de acción concreta.

Severidad: El grado de severidad de la afasia de Werincke puede presentar cualquier nivel desde "0" a "4" según la escala de severidad del test de Boston debido que en los niveles 4 y 5 es difícil distinguirlos de los afásicos anómicos.

Afasia de Conducción: (Goldstein: Afasia central; Luria: Afasia motora aferente)

Ubicación de la lesión: Se asocia generalmente a una lesión del fascículo arcuato (Geschwind (1965) circunvolución temporal superior (en algunos casos pueden provocar afasia de

conducción), la ínsula en asociación con la corteza auditiva (Damasio y Damasio, 1980)
Lesiones parietales, circunvolución postcentral y supramarginal

Características principales

Expresión verbal: La dificultad más sobresaliente es la elección y secuenciación apropiada de fonemas (parafasias literales o fonémicas), la agilidad articulatoria no se encuentra alterada. Frecuentemente, los pacientes presentan una anomia importante. El paciente debe hacer un gran esfuerzo para organizar la secuencia de los fonemas pudiendo presentar vacilaciones y autocorrecciones lo que puede parecer como falta de fluidez.

A nivel gramatical, estos pacientes presentan un uso normal de los morfemas gramaticales.

La repetición se encuentra severamente alterada en relación al nivel de fluidez, (principalmente a nivel de palabras polisilábicas). En la repetición de dígitos o colores se observa una propensión por sustituir palabras (parafasias semánticas), en cambio, en la repetición de palabras o frases lo más característico es la gran presencia de parafasias fonémicas y no se observan sustituciones de palabras.

Generalmente, estos pacientes no presentan dificultades con la denominación ni repetición de palabras monosilábicas pero presentan muchas dificultades con las palabras multisilábicas.

Comprensión auditiva: Generalmente se encuentra conservada. En algunos casos se pueden observar dificultades con las estructuras gramaticales complejas, o expresiones que contienen múltiples frases. La comprensión a nivel conversacional suele estar conservada.

Lectura y escritura: La comprensión lectora suele estar relativamente conservada observándose dificultades en la lectura oral. La escritura puede presentar desde defectos leves en el deletreo hasta una alteración severa. Generalmente, se observan paragrafias literales y omisiones de letras. En ocasiones se puede observar además una agafia apráxica.

Severidad: El grado de severidad de la afasia de Conducción puede presentar cualquier nivel desde "0" a "4" según la escala de severidad del test de Boston. En los pacientes más severos "0 a 1", generalmente se observa un patrón similar al de la afasia de Wernicke en la etapa aguda. Por lo que el menor puntaje que se les asigna es el "2". Los más leves mejoran hasta "4", luego ya no se detectan las características del trastorno.

Afasia Anómica: (Goldstein: Afasia amnésica; Head: Afasia nominal; Luria: Afasia amnésica acústica).

Ubicación de la lesión: Cualquier lesión cerca de las áreas del lenguaje puede provocar anomia. Frecuentemente se ha observado afasia anómica por lesión de la circunvolución angular y de la segunda circunvolución temporal.

Características principales

Expresión verbal: En este cuadro la característica principal es la dificultad para recuperar palabras “anomia” con dificultad para encontrar palabras de contenido en el contexto de una habla fluente y gramaticalmente bien estructurada. Se diferencia de las otras afasias por la ausencia de parafasias fonémicas y verbales. En la conversación se observan frecuentemente circunloquios para remplazar las palabras. Sin embargo, la mayoría de las veces estos circunloquios son vagos y aparecen como extraños para el interlocutor.

En los casos más severos se observan dificultades importantes en las pruebas de denominación. Pero generalmente, esta afasia es leve y los pacientes presentan buen rendimiento en tareas de denominación por confrontación visual y la anomia se observa más bien en la conversación con palabras de mediana a baja frecuencia.

Las afasias de Wernicke y de Conducción pueden evolucionar a una afasia anómica.

Comprensión auditiva: Se encuentra relativamente intacta. Sin embargo, los pacientes pueden presentar dificultades en la comprensión auditiva de palabras muy relacionadas semánticamente (ej. Bolso- Cartera).

Lectura y escritura: La comprensión lectora generalmente se encuentra conservada. En la escritura presentan dificultades en la denominación escrita.

Severidad: Esta afasia generalmente es una afasia leve, la mayoría de los pacientes reciben una puntuación de “3” o “4” en la escala de severidad del test de Boston.

Afasia transcortical sensorial

Ubicación de la lesión: Generalmente son lesiones posteriores dentro del territorio limítrofe entre las arterias cerebrales media y posterior, en la zona parieto-temporal y temporo-occipitales sin comprometer al área de Wernicke.

Características principales

Expresión verbal:

Los pacientes con este trastorno presentan un perfil similar que el de la afasia de Wernicke salvo por la repetición. Se observa un lenguaje fluente, sin alteraciones en la articulación. Una característica que se encuentra siempre presente es la severa dificultad para recuperar las palabras

A nivel gramatical las palabras funcionales conservan su ubicación. La denominación por confrontación visual esta alterada. Frecuentemente, presentan parafasias y neologismos.

Los pacientes pueden presentar ecolalias y la repetición esta muy conservada incluso pueden repetir frases largas y gramaticalmente complejas, pseudopalabras y palabras en otro idioma. Hay tendencia a la verborrea, el lenguaje automático suele estar conservado una vez iniciado por el examinador.

Comprensión auditiva: La comprensión auditiva se encuentra alterada pudiendo llegar a ser nula.

Lectura y escritura: La lectura oral suele estar conservada pero se observa una alteración importante de la comprensión lectora. La escritura se encuentra alterada observándose un patrón similar al observado en la afasia de Wernicke.

Severidad: El grado de severidad de la afasia transcortical sensorial puede presentar cualquier nivel desde "0" a "4" según la escala de severidad del Test de Boston.

En los niveles 4 y 5 es difícil distinguirlos de los afásicos anómicos.

CUADRO RESUMEN: DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LAS AFASIAS FLUENTES

	CARACTERÍSTICAS DE LA AFASIAS FLUENTES			
	AFASIA DE WERNICKE	AFASIA DE CONDUCCIÓN	AFASIA TRANSCORTICAL SENSORIAL	AFASIA ANÓMICA
LENGUAJE CONVERSACIONES	Fluente, no informativo, jergafasia	Fluente, parafasias fonémicas	Fluente, parafásico, no informativo con ecolalia	Fluente, marcada anomia, circunloquios
COMPRENSIÓN DEL LENGUAJE	Alterado	Conservado o levemente alterado	Alterado	Conservado o levemente alterado
REPETICIÓN	Alterada	Severamente alterada	Normal	Conservada
DENOMINACIÓN	Alterada	Alterada	Alterada	Alterada
LENGUAJE AUTOMÁTICO	Alterado moderadamente	Conservado o levemente alterado	Normal	Conservado
LECTURA ORAL	Alterada o normal	Alterada	Alterada	Normal o
COMPRENSIÓN LECTURA	Alterada o relativamente conservada	Conservada o levemente alterada	Alterada	Normal o levemente alterada
ESCRITURA	Alterada	Alterada	Alterada	Alterada (anomia) o normal
SIGNOS NEUROLÓGICOS ASOCIADOS				
SISTEMA MOTOR	Normal	Leve hemiparesia	Normal	Normal
DISARTRIA	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente
PERDIDA DE SENSIBILIDAD	Ausente	Presente	Ausente	Ausente
APRAXIA	Ausente	Ideomotora	Usualmente ausente	Usualmente ausente
CAMPO VISUAL	Normal o cuadrantopsia	Normal	Normal o defectuoso	Normal

	superior			
AGNOSIA VISUAL	Ausente	Ausente	Usualmente leve	Usualmente ausente
ANOSOGNOSIA	Usualmente presente	Ausente	Presente o ausente	Ausente

AFASIAS NO FLUENTES

Prof. Flga. Lilian Toledo R.

La precisión de un diagnóstico diferencial es esencial para entregar un pronóstico, enfoque de tratamiento. Se utilizan diferentes criterios para clasificar las afasias, tales como el semiológico o el anatómico.

El criterio de “fluidez en la expresión oral” es muy útil en la clínica y permite distinguir entre las afasias fluentes (Wernicke, Anómica, etc.) de las no fluentes (Broca, Global, etc.) ya que permite distinguir dos patrones contrarios de producción del habla, en el caso de las no fluentes se produce típicamente de forma laboriosa, en cortos agrupamientos de palabras que pocas veces exceden 3 o 4 palabras por enunciado.

Otro criterio utilizado es la alteración en expresión, comprensión o en ambos, clasificando las afasias en expresiva y receptiva. La afasia expresiva se relaciona habitualmente con lesiones anteriores mientras que las receptivas con lesiones posteriores. El criterio anatómico clasifica las afasias dependiendo de la localización de la lesión, en afasias anteriores (lesión pre-rolándica izquierda, en las proximidades del área de Broca) y afasias posteriores (lesión temporoparietal izquierda, en las proximidades del área de Wernicke o en la región parietal posterior).

Las afasias no fluentes habitualmente presentan alteración de la capacidad para generar los movimientos para articular palabras, sin embargo algunos de ellos pueden tener prácticamente normal la articulación en denominación de objetos lo que hace que sus perfiles en articulación aparezcan como normales y que tengan niveles muy reducidos en la longitud de la frase. En relación a la recuperación de las palabras y la articulación, en general, se recuperan de modo paralelo, es decir en la medida que se recuperan más las palabras comunes éstas tienden a estar bastante bien articuladas. El agramatismo –salvo algunas excepciones- forma parte de las afasias no fluentes, y corresponde a la pérdida de los elementos gramaticales que señalan la relación entre las palabras en una oración, siendo éstos

la representación del orden de las palabras y el uso de funciones gramaticales (artículos, preposiciones, verbos auxiliares, inflexiones de sustantivos y verbos).

Afasias no Fluentes

Afasia de Broca:

Fue denominada inicialmente por Paul Broca como *afemia*, otros nombres que ha recibido son *afasia motora eferente o cinética*, *afasia expresiva*, *afasia verbal* o *afasia sintáctica*. Sus principales características son:

<i>Características del lenguaje</i>	
Lenguaje conversacional	No fluente
Comprensión del lenguaje	Relativamente normal
Repetición	Alterada
Denominación	Alterada
Lectura en voz alta	Alterada
Lectura comprensiva	Relativamente normal
Escritura	Alterada
<i>Signos neurológicos asociados</i>	
Sistema motor	Habitualmente hemiparesia
Disartria	Severa
Perdida de sensibilidad	Alterada
Campo visual	Normal
Agnosia	Ausente

Se caracteriza por lenguaje expresivo no fluente, compuesto por expresiones cortas y agramaticales producidas con gran esfuerzo. El nivel de comprensión del lenguaje es superior a la producción verbal aunque nunca es normal presentándose agramatismo receptivo. La repetición se encuentra alterada con presencia de parafasias fonológicas. La producción de series automáticas es mejor que el lenguaje espontáneo. La denominación se encuentra alterada al igual que la lectura en voz alta, la comprensión de lectura se encuentra relativamente conservada. La escritura está severamente alterada a nivel espontáneo, copia y dictado.

La mayoría de pacientes con afasia de Broca presentan un déficit motor, más o menos grave, del hemicuerpo derecho.

Los estudios de neuroimagen confirman la relación de la afasia de Broca con lesiones extensas que afectan el pie de la tercera circunvolución frontal del hemisferio izquierdo y áreas adyacentes, entre ellas, las áreas rolándicas de la región parietal y en profundidad hasta los ganglios basales. Cuando la lesión se restringe al área de Broca, habitualmente la afectación del lenguaje es moderada y la recuperación buena o bastante buena.

Afasia Global:

El término de afasia global se utiliza cuando están gravemente afectadas tanto las funciones expresivas como las receptivas del lenguaje. Al principio del cuadro el paciente suele presentar una abolición total de las emisiones lingüísticas. Pasados unos días o semanas, aparecen algunos elementos automatizados y en ocasiones producciones estereotipadas.

El estado emocional de los pacientes con afasia global suele tender a la depresión como reacción a su dificultad comunicativa y a la afectación motora (hemiplejía derecha), que suelen ser la regla en este tipo de afasia. En general, los pacientes con afasia global presentan lesiones extensas en el territorio de la arteria cerebral media izquierda, con afectación de las áreas frontoparietales y temporoparietales.

<i>Características del lenguaje</i>	
Lenguaje conversacional	No fluente
Comprensión del lenguaje	Alterada
Repetición	Alterada
Denominación	Alterada
Lectura en voz alta	Alterada
Lectura comprensiva	Alterada
Escritura	Alterada
<i>Signos neurológicos asociados</i>	
Sistema motor	Hemiparesia severa
Disartria	Severa
Perdida de sensibilidad	Alterada
Campo visual	Normal
Agnosia	Ausente

Afasias no Fluente Mixta:

Presenta prácticamente el mismo patrón que la Afasia de Broca, donde la extensión de la frase pocas veces supera las 5 palabras y la producción de sus oraciones son gramaticalmente incompletas. El parámetro que permite hacer el diagnóstico diferencial es la comprensión auditiva, la que se encuentra bajo el percentil 50, sobre este percentil se considera Afasia de Broca y bajo el percentil 25 se considera Afasia Global.

Afasia Transcortical Motora:

También ha sido denominada *afasia dinámica*, *síndrome de aislamiento anterior* o *afasia extrasilviana motora*. Se caracteriza por un lenguaje expresivo no fluente, buena comprensión y repetición normal o casi normal. La prosodia, articulación y gramática se encuentran conservadas. Se observan latencias aumentadas en la iniciación verbal, expresiones poco elaboradas y ocasionalmente parafasias verbales. En la fase inicial se puede observar mutismo, así como ecolalia y perseveraciones. Este tipo de afasia está asociado a lesiones prefrontales izquierdas. Las características clínicas son:

<i>Características del lenguaje</i>	
Lenguaje conversacional	Escaso, ecolálico
Comprensión del lenguaje	Relativamente normal
Repetición	Buena o normal
Denominación	Ligeramente normal
Lectura en voz alta	Alterada
Lectura comprensiva	Relativamente normal
Escritura	Alterada
<i>Características neurológicas asociadas</i>	
Sistema motor	Hemiparesia leve
Disartria	Ausente
Perdida de sensibilidad	Ausente
Campo visual	Normal
Agnosia	Ausente

Se asocia a lesión frontal anterior paramedial y lesión anterosuperior al área de Broca.

Afasia Transcortical Mixta:

Conocida también como *síndrome de aislamiento del área del lenguaje*. Las características clínicas son:

<i>Características del lenguaje</i>	
Lenguaje conversacional	No fluente con ecolalia
Comprensión del lenguaje	Severamente defectuosa
Repetición	Buena
Denominación	Alterada
Lectura en voz alta	Alterada
Lectura comprensiva	Alterada
Escritura	Alterada
<i>Signos neurológicos asociados</i>	
Sistema motor	Variable, reflejos patológicos
Disartria	Habitualmente ausente
Perdida de sensibilidad	Habitualmente ausente
Campo visual	Normal a defectuoso
Agnosia	Habitualmente leve

Se diferencia de la afasia global en que el lenguaje repetido se encuentra conservado aunque bajo el nivel normal. El lenguaje espontáneo prácticamente está ausente y la expresión se reduce a la repetición de lo que oye (ecolalia).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ardila A (2006) Orígenes del lenguaje: un análisis desde la perspectiva de las afasias. *Rev Neurol.* 43:690-698.

Ardila A (2006) Las Afasias. Department of Communication sciences and disorders Florida International University, Miami, Florida, E.E.U.U.

Bastiaanse R, van Zonneveld (2004) Braca's aphasia, verb and mental lexicon. *Brain and Language.* 90:198-202.

Chapey, R. (2001). Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders. 4ª edición, edit. Lippincott Williams & Wilkins. Baltimore, USA.

Cuetos F. (1998) Evaluación y Rehabilitación de las Afasias. Aproximación cognitiva. Ed. Panamericana. Madrid.

Gill, R. (2004). Manual de Neuropsicología. Edit. Masson S.A. Barcelona, España.

Goodglas H, Kaplan E y Barresi B (2005) Evaluación de la Afasia y de Trastornos Relacionados. 3ra Edición. Ed. Panamericana. Madrid.

Helm-Estabrooks, N. y Albert, M. (1996). Manual de la Afasia y de Terapia de la afasia. 2ª edición, Edit. Médica Panamericana, Madrid.

Helm-Estabrooks, N. y Albert, M. (2005). Manual de la Afasia y de Terapia de la afasia. 3ª edición, Edit. Médica Panamericana, Madrid.

Perea-Bartolomé MV (2001) Clasificación del síndrome afásico. *Rev Neurol.* 32:483-488.

Ross K, Wertz R (2002) Accuracy of formal test for diagnosing mild aphasia: An application of evidence-based medicine. *Aphasiology.* 18:337-355.

Vendrell JM (2001) Las afasias: semiología y tipos clínicos. *Rev Neurol.* 32:980-986.