

LAS AFASIAS

Se llama afasia al trastorno del lenguaje consecutivo a la lesión de zonas corticales cerebrales preferentemente destinadas a la elaboración de imágenes sensoriales o motrices en relación con la palabra. Afecta tanto a la expresión como a la comprensión del lenguaje, **después de que ha sido adquirido**, por las **lesiones** que se producen en áreas del **S.N.C.** Se excluyen las alteraciones motrices del habla, disartria, y las encefalopatías infantiles producidas antes de la aparición del lenguaje.

B.Chaves y F.Revuelta establecen tres **premisas para diagnosticar una afasia**: que haya lesión en las áreas del lenguaje, haberse adquirido el lenguaje y una alteración importante de la expresión o comprensión del mismo.

Lo que caracteriza a la afasia es la alteración del lenguaje interior, el pensamiento interno, que se hace presente a la conciencia en imágenes diferentes por vía auditiva, visual o cenestésicomotora.

¿Cómo se diagnostica la afasia?

La confirmación de la afasia, la extensión del desorden y la predicción de un tratamiento exitoso pueden valorarse y confirmarse mediante exámenes de lenguaje dirigidos por un patólogo del lenguaje-habla. El diagnóstico puede también incluir la utilización de estudios de imágenes, tales como:

- **Tomografía Computarizada (TAC).**
- Imágenes por **Resonancia Magnética (RM).**
- **Tomografía por Emisión de Positrones.**

¿Cuál es la causa de la afasia?

La afasia es causada por daños en la parte del cerebro que controla el lenguaje, normalmente la parte izquierda, y puede ser el producto de lo siguiente:

- **Una embolia cerebral.**
- **Una lesión en la cabeza.**
- **Un tumor en el cerebro.**

Analicemos más detenidamente las causas:

1.- Por afecciones vasculares cerebrales (**ACV, accidentes cerebro-vasculares**) roturas espontáneas de ciertas arterias cerebrales, trombosis (cierre lento y progresivo de las mismas), etc.

El Accidente Cerebro Vascular (ACV) es una enfermedad cerebro vascular que afecta a los vasos sanguíneos que suministran sangre al cerebro. A esta enfermedad también se la conoce como ictus, infarto cerebral, ataque cerebral, embolia o trombosis cerebral.

El A.C.V. o ictus ocurre cuando un vaso sanguíneo que lleva sangre al cerebro se rompe o es taponado por un coágulo u otra partícula. Debido a esta ruptura o bloqueo, parte del cerebro no consigue el flujo de sangre que necesita. La consecuencia de esto es que las células nerviosas del área del cerebro afectada no reciben oxígeno, por lo que no pueden funcionar y mueren transcurridos unos minutos.

Existen dos grandes tipos de A.C.V., **el isquémico y el hemorrágico**, cuyas consecuencias dependen de la clase de accidente que sufra la persona.

El A.C.V. isquémico se produce por la presencia de un coágulo que obstruye una arteria e impide que la sangre llegue a una determinada zona del cerebro. Puede deberse a una trombosis, o a una embolia que es cuando el material se produce en un lugar lejano y llega al vaso a través del torrente sanguíneo y lo tapona.

Al no recibir un buen flujo sanguíneo no llega oxígeno suficiente al cerebro.

El A.C.V. hemorrágico es un sangrado en el cerebro como consecuencia de la **rotura** de un vaso intracraneal (dentro de la cabeza) o por **malformaciones** arteriovenosas.

Si se produce por la rotura de una arteria, a causa de un traumatismo, una dilatación localizada de un vaso sanguíneo (aneurisma), provoca una hemorragia que afecta al cerebro o a sus envolturas.

2.- Traumas craneanos y heridas cerebrales con necrosis de tejidos y hemorragias introcerebrales.

- Heridas cerebrales abiertas.
- Heridas cerebrales persistentes cubiertas. Lesión de la sustancia cerebral donde las meninges quedan intactas.

3.-Tumores

Según el centro de la salud de la Universidad de UTA, **un tumor cerebral es un crecimiento anormal de tejido en el encéfalo**. El tumor puede tener su origen en el propio encéfalo o bien provenir de alguna otra parte del cuerpo y viajar hasta el encéfalo (metástasis). Los tumores cerebrales se pueden clasificar en benignos (no cancerosos) o malignos (cancerosos) dependiendo de su comportamiento.

Un tumor benigno no contiene células cancerosas y, generalmente, una vez extraído no vuelve a aparecer. La mayoría de los tumores cerebrales benignos tienen límites claros, lo cual significa que no invaden los tejidos que los rodean. Sin embargo, estos tumores pueden causar síntomas similares a los de los cancerosos debido a su tamaño y a su ubicación en el encéfalo.

Los tumores cerebrales malignos contienen células cancerosas. Estos tumores generalmente crecen rápidamente e invaden los tejidos que los rodean.

¿Qué causa los tumores cerebrales?

La mayoría de los tumores cerebrales tienen anomalías de los genes que participan en el control del ciclo celular, haciendo que las células crezcan de forma incontrolada. Dichas anomalías se deben a alteraciones directas de los genes o a desarreglos de los cromosomas que hacen cambiar la función de un gen.

¿Cuáles son los síntomas de un tumor cerebral?

Cualquier tumor, tejido extra o líquido pueden causar presión en el encéfalo y producir un aumento de la presión intracraneal (su sigla en inglés es ICP), que

puede tener como resultado que uno o más de los ventrículos que drenan el líquido cefalorraquídeo (su sigla en inglés es CSF), que es el líquido que rodea el encéfalo y la médula espinal, se bloquee y deje al líquido atrapado en el encéfalo. Este aumento de la ICP puede causar lo siguiente:

- Dolores de cabeza.
- Vómitos (generalmente por las mañanas).
- Náuseas.
- Cambios de personalidad.
- Irritabilidad.
- Somnolencia.
- Depresión.
- Disminución de las funciones cardíaca y respiratoria y, si no se trata, coma.

Los síntomas de los tumores en el cerebro (la parte frontal del encéfalo) pueden incluir:

- Aumento de la presión intracraneal (su sigla en inglés es ICP).
- Convulsiones.
- Alteraciones visuales.
- Arrastrar las palabras.
- Parálisis o debilidad en una mitad del cuerpo o de la cara.
- Somnolencia, confusión o ambas.
- Cambios de personalidad.

Los síntomas de los tumores en el tronco del encéfalo (la parte media del encéfalo) pueden incluir:

- Aumento de la presión intracraneal (ICP).
- Convulsiones.
- Problemas endocrinos (diabetes, trastornos de la regulación hormonal o ambos).
- Alteraciones visuales o visión doble.
- Dolores de cabeza.
- Parálisis de los nervios y músculos de la cara o de la mitad del cuerpo.
- Cambios respiratorios.

Los síntomas de los tumores en el cerebelo (la parte posterior del encéfalo) pueden incluir:

- Aumento de la presión intracraneal (su sigla en inglés es ICP).

- Vómitos (generalmente por las mañanas y sin náuseas).
- Dolores de cabeza.
- Falta de coordinación de los movimientos musculares.
- Problemas para caminar (ataxia).

¿Cómo se diagnostica un tumor cerebral?

Además del examen y la historia médica completa, los procedimientos para el diagnóstico de un tumor cerebral pueden incluir lo siguiente:

- **Exploración neurológica** - el médico examinará sus reflejos, la fuerza muscular, los movimientos de los ojos y de la boca, la coordinación y estado alerta.

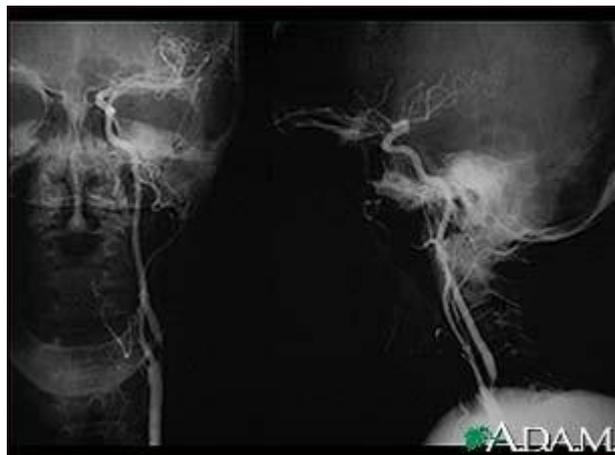
- **Tomografía computarizada (También llamada escáner CT o CAT.)-**

- **Imágenes por resonancia magnética (su sigla en inglés es MRI) -**

- **Rayos X .**

- **Escáner de los huesos** - fotografías o rayos X de los huesos tomados tras haber inyectado un contraste que es absorbido por el tejido de los huesos. Se utiliza para detectar tumores y anomalías en los huesos.

- **Arteriograma (También llamado angiograma.)** - rayos X de las arterias y venas para detectar el bloqueo o estrechamiento de los vasos.



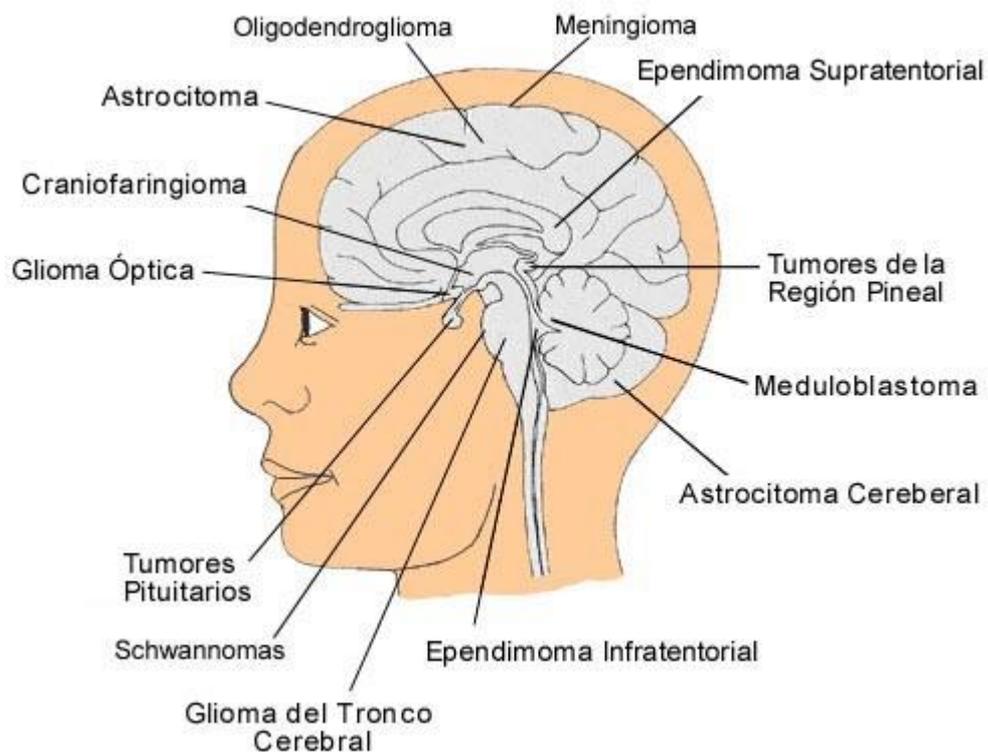
El arteriograma carotídeo es un estudio de rayos X que sirve para determinar si existe una estrechez u otra anomalía en la arteria carótida, que es la arteria principal que va al cerebro. Este es un angiograma de la arteria carótida común izquierda (vista lateral, frontal y anterior) que muestra una estrechez severa (estenosis) de la arteria carótida interna justo más allá de la división de la arteria carótida común hacia las ramas internas y externas.

- **Mielograma** - procedimiento en el se inyecta un contraste en el conducto raquídeo para hacer su estructura claramente visible con los rayos X.

• **Punción raquídea (también llamada punción lumbar)** - se coloca una aguja especial en la parte baja de la espalda, en el interior del conducto raquídeo, que es la zona que rodea la médula espinal. Entonces se puede medir la presión que existe en la médula espinal y en el encéfalo. Se puede extraer una pequeña cantidad de líquido cefalorraquídeo (su sigla en inglés es CSF) y enviarla al laboratorio para comprobar si existe una infección o algún otro tipo de problema. El líquido cefalorraquídeo es el líquido que baña el encéfalo y la médula espinal.

El diagnóstico de un tumor cerebral depende fundamentalmente del tipo de células afectadas y de la ubicación del tumor.

¿Cuáles son los distintos tipos de tumores cerebrales?



Existen muchos tipos diferentes de tumores cerebrales. Generalmente se clasifican según el tipo de célula en la que empieza el tumor, y también se pueden clasificar dependiendo de la zona del encéfalo en la que aparecen. Entre los tipos más comunes de tumores cerebrales se incluyen los siguientes:

• **Gliomas**

El tipo más frecuente de tumor cerebral primario es el glioma. Los gliomas comienzan en las células gliales, que son el tejido de sostén del encéfalo. Existen varios tipos de gliomas, que se clasifican en función del lugar en que se

encuentran y del tipo de células que originaron el tumor. Los diferentes tipos de gliomas son los siguientes:

- **Astrocitomas**
- **Gliomas del tronco del encéfalo**
- **Ependimomas**
- **Gliomas del nervio óptico**
- **Oligodendrogliomas**

- **Tumores metastásicos**

En los adultos, los tumores cerebrales metastásicos son el tipo más frecuente de tumor cerebral. Dichos tumores empiezan a crecer en otra parte del cuerpo y después se diseminan al encéfalo a través de la corriente sanguínea.

- **Meningiomas**

Los meningiomas suelen ser tumores benignos que proceden de las meninges o de la duramadre.

- **Schwannomas**

Los schwannomas son tumores benignos, parecidos a los meningiomas. Surgen de las células de sostén de los nervios que salen del encéfalo, y son más comunes en los nervios que controlan el oído y el equilibrio.

- **Tumores pituitarios (También llamados tumores hipofisarios.)**

La glándula pituitaria está situada en la base del encéfalo y produce hormonas. Los tumores que aparecen en la glándula pituitaria o sus alrededores pueden afectar al funcionamiento de la glándula o producir un exceso de las hormonas que envía a las otras glándulas.

- **Tumores neuroectodérmicos primitivos (su sigla en inglés es PNET)**

Los PNET pueden aparecer en cualquier parte del encéfalo, aunque la ubicación más frecuente es la parte posterior del encéfalo, cerca del cerebelo.

- **Meduloblastomas**

Los meduloblastomas son un tipo de PNET que se encuentra cerca de la línea media del cerebelo.

- **Craneofaringioma**

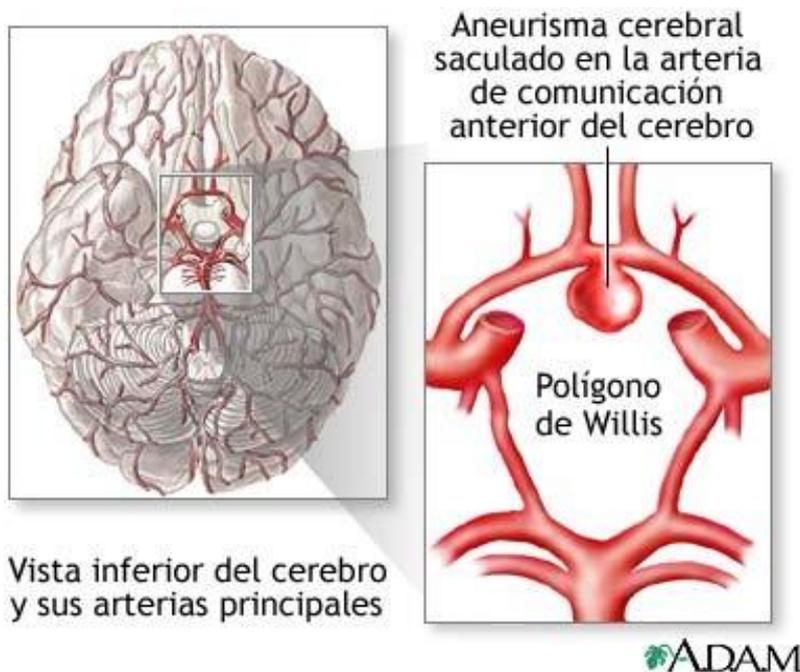
Los craneofaringiomas son tumores benignos que aparecen en la base del encéfalo cerca de los centros hormonales y de los nervios que van desde los ojos al encéfalo.

- **Tumores de la región pineal**

Cerca de la glándula pineal, que contribuye a controlar los ciclos del sueño y la vigilia, pueden surgir muchos tumores diferentes. Los gliomas son frecuentes en esta región, al igual que los pineoblastomas.

4.- Aneurismas

Un aneurisma es una dilatación, ensanchamiento, localizada localizada de uno o varios vasos sanguíneos. Los aneurismas en el cerebro ocurren cuando hay un área debilitada en la pared de un vaso sanguíneo. Pueden presentarse como un defecto congénito o pueden desarrollarse más tarde en el transcurso de la vida. Conducen a una afasia cuando se localizan en la región de la arteria cerebral media del hemisferio dominante o en sus vasos de origen.

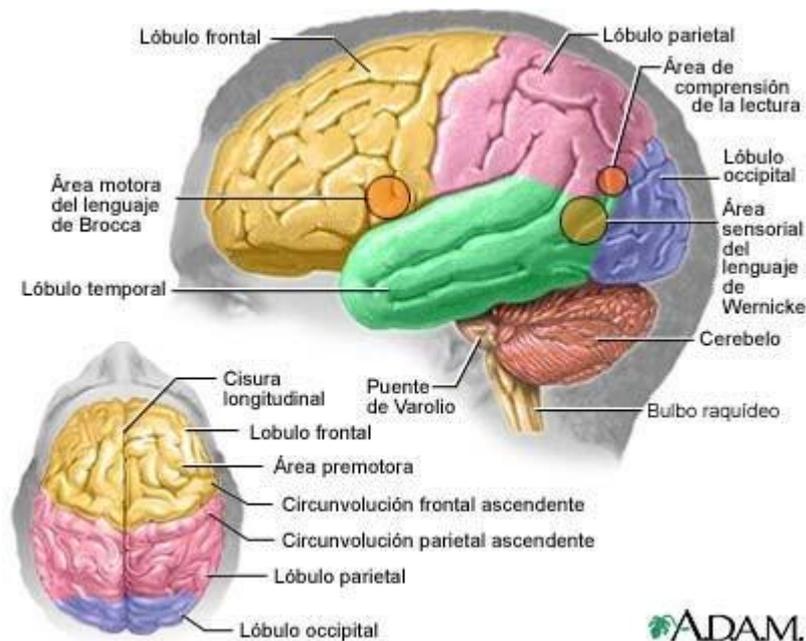


5.- Encefalitis.

Infección de origen vírico o tóxico que se caracteriza por la inflamación generalizada del parénquima cerebral y de las meninges circundantes. Es una inflamación (irritación e hinchazón con presencia de células inmunes adicionales) del cerebro, causada generalmente por infecciones.

En la mayor parte de los adultos los centros fónicos se encuentran en el hemisferio izquierdo que por proximidad a los centros nerviosos, puede provocar, además de la afasia, hemiparálisis contralaterales (hemiplejía derecha).

Clasificación de las afasias.



Clasificación dicotómica.

Formulada a partir de la localización generalizada de la lesión.

Afasias fluentes. Se considera que es fluente porque la persona puede emitir más de 50 palabras por minuto, sin esfuerzo ni disartria, con frases de longitud normal, prosodia normal, caracterizadas por jergafasia (expresión ininteligible) y pobreza de contenido en el lenguaje y parafasias. Se producen por lesiones temporo-parietales, lesiones posteriores a la Cisura de Rolando.

Afasias no fluentes. Se considera que es no fluente porque la persona emite menos de 50 palabras por minuto. El paciente denota esfuerzo, articulación pobre, frases cortas o monosílabos, amelódica o disprosódica, palabras vacías y agramatismos. Las lesiones se localizan en las zonas frontales y están caracterizadas por un contenido más significativo que en las fluentes pero la expresión es más dificultosa.

4.2.- Clasificación según la lesión cortical de la lesión.

Afasia total.

Es la clase de afasia más importante. En ella están gravemente alteradas todas las modalidades del lenguaje, se caracteriza porque:

- En el lenguaje espontáneo las palabras que dicen son escasas y sin conexión, persistiendo la imposibilidad para formar frases.
- La repetición de palabras se limita generalmente a vocales aisladas o palabras cortas.
- La comprensión, el entendimiento del lenguaje está alterado gravemente. Aunque es mejor la comprensión que la expresión.
- En la escritura existen agrafías y la escritura al dictado se limita a palabras aisladas.
- Ámplias dificultades para contar.
- La lectura también presenta un deterioro total o muy severo, aunque se conserva el reconocimiento de símbolos.

Afasia de Broca.

Conocida también como afasia motora, cortical, afasia verbal o afasia expresiva.

Se da cuando hay una lesión en la circunvolución frontal inferior. Está lesionada la zona verbo-motriz (zona de Broca, pie de la tercera circunvolución frontal izquierda). El sujeto oye, lee y comprende la palabra escrita o verbal, pero no puede repetirla ni pronunciarla espontáneamente. Las personas con **afasia de Broca**, por ejemplo al tener dañada la parte frontal del lado del cerebro que controla el lenguaje por ejemplo pueden eliminar la conjunción **y**, y los artículos **el, la, los, las** de su lenguaje, y hablar utilizando frases cortas, pero con significado. Normalmente pueden entender algo del lenguaje de las otras personas.

La Afasia de Broca puede presentarse en forma repentina, resultado de una lesión vascular, como en la embolia de la arteria cerebral media izquierda; o su comienzo puede ser progresivo como síntoma de un tumor intracraneal.

Los que sufren este tipo de afasia pueden reconocer sus errores y tratar de corregirlos.

En la Afasia de Broca solemos encontrar:

- Que las respuestas automáticas, como contar y repetir los días de la semana, están menos afectados que el lenguaje espontáneo.
- Se produce el fenómeno denominado "expresión recurrente". La palabra emitida puede ser una jerigonza, una verdadera palabra o frases hechas pero usadas sin tener en cuenta su sentido y que va a repetir estereotipadamente.

Jackson menciona como ejemplo el de una mujer que enfermó mientras montaba en burro y después de ello solo podía decir ea-ea. Los pacientes repiten frases como: ¡adiós buenas!, ¡adiós buenas!, ¡fui al alcalde!, ¡fui al alcalde!...

- La estructura de la oración sufre menos que la palabra aislada, pero hay tendencia a omitir palabras. Se comenten agramatismos omitiendo artículos, preposiciones, conjunciones etc..., dando como resultado el llamado "estilo telegráfico". El individuo construye frases de solo dos o tres palabras.
 - En la lectura en voz alta mejora la comprensión respecto a la lectura silenciosa, aunque los errores son los mismos que en el lenguaje espontáneo.
 - En la escritura espontánea presentan el mismo tipo de errores que en el lenguaje articulado.
 - En la escritura al dictado son lentos y también omiten palabras.
- No pierden la capacidad de copiar palabras escritas.

Afasia de Wernike.

Cuando está lesionada la parte posterior de la primera circunvolución temporal del hemisferio izquierdo, se produce una afasia sensorial o receptiva.

El individuo oye, pero no entiende el significado de las palabras (sordera verbal), para él es como si se tratara de un idioma desconocido.

Como sus centros verbomotores no están comprometidos puede hablar espontáneamente, pero lo hará mal porque está destruido o muy alterado su lenguaje interior.

En este tipo de afasia encontramos las siguientes **características:**

- Jergafasia: lenguaje irreconocible y abundante que el sujeto no percibe como inadecuado, produciéndose parafasias:

Parafasia literal: cambios de unas sílabas por otras.

Parafasia nominal: cambios de unas palabras por otras buscando un sentido de conjunción sonora.

Parafasia semántica: cambio de una palabra por otra desde un punto de vista semántico.

Neologismos: producción de fonemas, sílabas o palabras que no corresponden a la lengua del sujeto.

- Logorrea, articulación rápida de varias palabras.
- Dificultad para nombrar objetos.
- Dificultad para repetir palabras que se le ordenen.
- Trastornos graves de la lectura y la escritura. No hay comprensión lectora, ni silenciosa ni en voz alta.

4.2.1. Afasia de conducción :

Según Wernike y Lichteim el cuadro patológico consiste en la pérdida de la posibilidad de repetir palabras oídas, de leer en voz alta (la lectura silenciosa no está alterada) , y de escribir al dictado, la comprensión del lenguaje permanece inalterada y el paciente es bastante consciente de su déficit.

La lesión se sitúa en el fascículo arqueado.

Afasia transcorticales:

Producidas por lesiones que aíslan las áreas del lenguaje del resto de la corteza cerebral.

Tipos:

a.- *Afasia Sensorial transcortical:*

Algunos neurólogos localizan la lesión en la unión posterior de los lóbulos temporal y parietal y otros la localizan en el lóbulo parietal inferior.

Caracterizada por:

- Lenguaje espontáneo fluido con parafrasis y neologismos.
- Dificultad para nombrar objetos. Los pacientes repiten sistemáticamente frases inacabadas.
- Dificultades en la comprensión de palabras aisladas. Comprenden mejor las frases cortas.
- Ecolalias.

b.- *Afasia Motora Transcortical:* Son provocadas por lesiones anteriores o superiores del área de Broca. Caracterizada por:

- Reducción del lenguaje espontáneo. Lenguaje inconexo, de frases cortas y algo telegráfico.
- No hay dificultad ni en la comprensión ni en la articulación del lenguaje.
- No se manifiestan grandes dificultades en la lectura.
- Reducción del lenguaje en la escritura espontánea.

C.- Afasia transcortical mixta.

Caracterizada por:

- Amplias dificultades en la expresión e en la comprensión.
- Lenguaje espontáneo escaso.
- Lenguaje reducido a ecolalias.
- Enumeración alterada.
- Lenguaje escrito y lectura muy alterados.

4.2.2. Afasia Anómica:

Lesión localizada en la unión del lóbulo temporal y el parietal.

Caracterizada por:

- Pérdida de la capacidad de nombrar objetos.
- El lenguaje espontáneo es fluido aunque al paciente le cuesta encontrar palabras o frases que expresen el significado correcto de lo que se quiere decir.

ALGORITMO DIAGNOSTICO

(NF: no fluente; F: fluente; R: repetición, C: comprensión; M: mala; B: buena)

