

Afasia

Es la pérdida de capacidad de producir o comprender el [lenguaje](#), debido a lesiones en áreas cerebrales especializadas en estas tareas.

No debe de confundirse con la [disartria](#) y [anartria](#).

El término afasia, que fue creado en 1864 por el médico francés Armand Trousseau (1801 - 1867), procede del vocablo griego ἀφασία: sin palabra.

El hemisferio cerebral izquierdo como base del lenguaje

Aunque de apariencia similar, los hemisferios cerebrales se especializan en funciones diferentes. Una de las más conocidas es la especialización del hemisferio izquierdo en la mayoría de las personas como base del lenguaje verbal. La comprensión de los aspectos no verbales del lenguaje y de la prosodia (fonética) y el ritmo de éste, se encuentran localizadas en el hemisferio derecho. Esto es así para el 95% de las personas diestras y el 70% de las personas zurdas, estando parcial o totalmente lateralizado en el lado derecho en el resto. El hemisferio izquierdo también se encarga de controlar la motricidad de los miembros del hemicuerpo (mitad del cuerpo) derecho. Además, las zonas motoras se encuentran físicamente cercanas a las del lenguaje, por lo que es común que algunos subtipos de afasia se acompañen de hemiparesia (incapacidad para mover) derecha

Etiología

La afasia puede ser causada por un accidente cerebrovascular, un trauma, una infección cerebral o una neoplasia: Accidente cerebrovascular o ictus: es la causa más frecuente de afasia, sobre todo el producido por isquemia trombótica o embolígena. Traumatismo craneoencefálico: provocado generalmente por un accidente. Infecciones localizadas o difusas del cerebro, como absceso cerebral o encefalitis. Tumores del Sistema Nervioso Central

Clasificación

Síndromes afásicos corticales

Las afasias corticales se dan por una lesión perisilviana (alrededor de la cisura de Silvio). Son las más comunes y se diferencian de las transcorticales en que en las corticales la repetición está alterada en grado variable. Síndrome de Landau-Kleffner: es un trastorno infantil asociado a trastornos epilépticos. En el 75% de los casos existe un problema afásico junto con un problema epiléptico. Este último, se suele corresponder con una crisis tónico-clónica generalizada. Sus síntomas aparecen en torno a los 4 ó 5 años. Hasta esa edad los niños se comportan normalmente y muestran un desarrollo psicológico y motor normal. Por razones desconocidas, a partir de esa edad muestran un deterioro del lenguaje, tanto de los aspectos expresivos como comprensivos. Las técnicas de neuroimagen no han arrojado todavía ninguna causa orgánica. Algunas técnicas metabólicas sí han encontrado una disminución en el metabolismo cerebral a nivel temporal.

[Afasia de Broca](#) (motora)

Afasia sensitiva o Afasia de Wernicke (sensorial)

Se produce por lesión de áreas temporo-parietales (área de Wernicke). Se caracteriza por un déficit en la comprensión y el habla fluida, que está completamente desprovista de sentido. Los individuos con este tipo de afasia pueden hablar con oraciones largas (logorrea), que no tienen ningún significado; agregan palabras innecesarias y neologismos y cambian unas palabras por otras (parafasias). Esto hace que su habla alguna vez haya sido denominada como “de ensalada de palabras”. En algunos casos el número de sustituciones puede ser tan grande que hace el habla ininteligible (jergafasia). Por ejemplo, alguien con afasia de Wernicke puede decir, Usted sabe que el pichicho locucio y que quiero rodearlo y atenderlo como usted desea anteriormente, pero que en realidad significa “el perro necesita ir fuera, así que lo llevaré a dar un paseo”. Los individuos con afasia de Wernicke tienen generalmente grandes dificultades para comprender y entender el habla; incluyendo la propia y, por lo tanto, no son conscientes de los errores que cometen al comunicarse (anosognosia). En la afasia de Wernicke también suele estar alterada la repetición, pero la denominación por confrontación visual suele ser normal. El grado de alteración de comprensión lectora es muy variable, pudiendo en algunos casos llegar a utilizarse como método compensatorio en la rehabilitación. Estos individuos por lo general no presentan ninguna debilidad corporal porque su lesión cerebral no está cerca de las partes del cerebro que controlan los movimientos. Sintetizando, en la afasia de Wernicke los síntomas son los siguientes: el paciente habla mucho, como si estuviese alterado. las palabras que usa están transformadas, cambiadas de lugar y alteradas en su fonética. el paciente no entiende lo que se le dice ni es consciente de sus errores.

Afasia de conducción Se produce por una lesión del fascículo arqueado, que conecta el área de Broca y de Wernicke. Su principal característica es una incapacidad para la repetición. El output es parafásico y más fluido que en la afasia de Broca, pero menos que en la de Wernicke. Debido a esto se realizan muchas pausas en un intento de encontrar las palabras adecuadas. Así, un paciente con afasia de conducción emite frases de 3, 4 y 5 palabras, una melodía más o menos normal, con relativamente poco esfuerzo al hablar y buena articulación. No suelen mostrar déficits sintácticos. La comprensión del lenguaje oral es variable aunque fundamentalmente preservada. La lectura en voz alta y la escritura están alteradas, pero la comprensión lectora suele estar conservada. No suele haber paresia del hemicuerpo en la fase crónica, aunque es común que la haya en la fase aguda, recuperándose posteriormente. La afasia de conducción suele acompañarse de apraxia.

Afasia global

Se utiliza dicho término para denominar el tipo de afasia en el que tanto la comprensión como la expresión están alteradas, compartiéndose por tanto rasgos de la afasia de Broca y de la afasia de Wernicke. Se produce generalmente por la interrupción temporal del riego sanguíneo en la arteria cerebral media. En un primer momento suele aparecer un mutismo total, pasando luego a cierta verbalización. Estas verbalizaciones suelen ser estereotipias verbales repetitivas y pueden presentarse como sílabas sueltas (por ejemplo, el paciente puede que diga únicamente “ta ta ta ta”) a las que se dota de entonación e inflexión expresiva o palabras o frases sencillas completas. La comprensión, aunque permanece siempre muy deficitaria, puede recuperarse más que la expresión, evolucionando tras la recuperación (especialmente con rehabilitación) a una afasia de Broca grave. Esta característica es la que aconseja que la rehabilitación en este subtipo se dirija a una mejoría de la comprensión, pese a que en muchos casos los familiares están más preocupados por la expresión. [editar]Clasificación: las afasias transcorticales y la afasia anómica

La principal característica de las afasias transcorticales es la preservación de la repetición.

Afasia transcortical motora

Aparece por lesiones en la sustancia blanca inmediatamente anterior al asta frontal del ventrículo lateral izquierdo, o por lesiones corticales y de sustancia blanca en las regiones prefrontales y premotoras que rodean el opérculo frontal. El paciente con afasia transcortical motora sufre una reducción importante del habla espontánea: es dificultosa, escasa, disprosódica y generalmente compuesta de frases cortas. Esto contrasta con su repetición, ya que pueden llegar a repetir frases bastante largas. Sería, por tanto, similar a la afasia de Broca, aunque más leve y con la repetición conservada. La comprensión está preservada y conservan la capacidad de denominación, aunque suelen necesitar ayudas articulatorias. Suele acompañarse de alteraciones motoras derechas. También puede presentarse apraxia ideomotora, afectando a la realización de acciones a la orden con el miembro superior izquierdo no paralizado. [editar]Afasia transcortical sensorial En la afasia transcortical sensorial el output verbal es fluido (frecuentemente parafásico y de contenido irrelevante) y la comprensión es muy limitada, pero la repetición, al igual que en el resto de afasias transcorticales, está conservada. Sería, por tanto, similar a una afasia de Wernicke, pero de carácter más leve y con la repetición conservada. La lectura y escritura están alteradas.

Afasia transcortical mixta

El habla espontánea es pobre, aunque cuando alguien le habla puede responder con una verbalización fluida corta; sin embargo, la respuesta es casi una repetición directa de las palabras del otro (ecolalia); sin que exista comprensión. La denominación, lectura y escritura están alteradas. Sería similar a una afasia global, pero con la repetición conservada. [editar]Afasia anómica Es la afasia más leve y frecuente. Puede ocurrir por lesiones en muy diversas localizaciones o ser el déficit residual de la evolución de una afasia de otro tipo tras un proceso de rehabilitación. La afasia anómica se caracteriza por una importante dificultad en la denominación, junto a una expresión fluida, una comprensión relativamente preservada y una capacidad para la repetición casi normal. Esta dificultad es similar al “tener algo en la punta de la lengua”, pero mucho más a menudo, y hace que el paciente dé continuos rodeos para explicarse sin utilizar la palabra que busca (circunloquio), y utilizar muchas palabras poco específicas (eso, cosa...).

Tratamiento de la afasia

El tratamiento de la afasia es el tratamiento de la enfermedad de base que la ha producido. En algunos casos un individuo se recuperará completamente de la afasia sin tratamiento. Este tipo de recuperación espontánea ocurre generalmente después de sufrir un ataque transitorio isquémico (AIT), una clase de accidente cerebrovascular en el que el flujo sanguíneo que va al cerebro es momentáneamente interrumpido, pero restaurado rápidamente. En estas circunstancias, la capacidad del lenguaje puede regresar en unas pocas horas o unos pocos días. Sin embargo, en la mayoría de los casos de afasia, la recuperación de la capacidad del lenguaje no es tan rápida, ni mucho menos tan completa. Mientras muchos individuos con afasia también experimentan un período de recuperación espontánea parcial (en el cual algunas de las capacidades del lenguaje retornan durante unos pocos días o un mes después de la lesión cerebral), siempre quedarán secuelas del desorden. En estos casos, la terapia de habla y lenguaje es útil. La recuperación sigue generalmente durante un período de dos años. La mayoría de las personas creen que el tratamiento más eficaz empieza a principios del proceso de recuperación. Algunos de los factores que influyen en la mejora incluyen la causa del daño cerebral, el área del cerebro que estaba dañada, el grado de lesión cerebral y la edad y salud del individuo. Factores adicionales incluyen motivación, el entorno, el nivel educacional o la capacidad del sujeto para darse cuenta de sus propios déficits. La terapia para superar la afasia se concentra en mejorar la capacidad de un individuo de comunicarse usando el resto de las capacidades de comunicación que tiene el paciente, restaurar las capacidades del lenguaje dentro de lo posible, compensar los problemas del lenguaje y aprender otros métodos para comunicarse. El tratamiento puede ofrecerse en forma individual o en grupo. La terapia individual se enfoca en las necesidades específicas de la persona. La terapia grupal ofrece la oportunidad de desarrollar nuevas

capacidades de comunicación dentro de un entorno cómodo y adecuado para el paciente. Las comunidades de accidentes cerebrovasculares, grupos regionales de apoyo, son formadas por individuos que han tenido un accidente cerebrovascular, y están disponibles en la mayoría de las principales ciudades. Estos grupos o comunidades también ofrecen la oportunidad de probar nuevas aptitudes de comunicación. Además, pueden ayudar al individuo y a su familia a ajustarse a los cambios que involucra sufrir un accidente cerebrovascular y tener afasia. La participación familiar es un componente crucial en el tratamiento de la afasia, para que así los miembros de la familia puedan aprender la mejor manera de comunicarse con la persona querida. Así, en el actual tratamiento de la afasia (en su fase postaguda), son indispensables tanto la actuación de un neuropsicólogo clínico, que coordinará la estrategia a llevar y efectuará rehabilitación, como la de un logopeda.

Pautas para la familia

La familia puede hacer las siguientes cosas para colaborar con el tratamiento del paciente: Simplificar el lenguaje a través del uso de oraciones cortas y sin complicaciones. Repetir el contenido de las palabras o señalar palabras claves para aclarar el significado de la oración, según sea necesario. Mantener un tipo de conversación natural y apropiada para un adulto. Minimizar al máximo las distracciones, como por ejemplo el ruido de una radio, siempre que sea posible. Incluir a la persona con afasia en las conversaciones. Preguntar y valorar la opinión de la persona con afasia, especialmente con respecto a los asuntos familiares. Estimular cualquier tipo de comunicación, ya sea hablada, gestual, señalando o dibujando. Evitar corregir el habla del individuo. Permitirle a la persona con afasia todo el tiempo que necesite para conversar. Ayudar al individuo a participar en actividades fuera del hogar. Busque grupos de apoyo como las comunidades de personas que han sufrido un accidente cerebrovascular. Prestar más atención a todos los elementos comunicativos de naturaleza no verbal que el paciente pueda transmitirnos.

From:

<https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/> - **Neurocirugía Contemporánea**
ISSN 1988-2661

Permanent link:

<https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=afasia>

Last update: **2025/05/04 00:04**

