



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 48 - NOVIEMBRE DE 2011

“LA AFASIA (I): Clasificación y descripción”

AUTORÍA MARÍA DEL PILAR JIMÉNEZ HORNERO
TEMÁTICA INTERVENCIÓN EN LAS ALTERACIONES DEL LENGUAJE Y LA COMUNICACIÓN
ETAPA EDUCACIÓN INFANTIL, PRIMARIA, SECUNDARIA Y POSTOBLIGATORIA

Resumen

La Afasia es la pérdida en la función del lenguaje causada por una lesión orgánica del cerebro. En ella aparecen alteraciones específicas en alguno o todos los niveles funcionales del lenguaje (fonológico, morfológico, sintáctico, semántico y pragmático), originando una dificultad para la expresión y/o comprensión del lenguaje oral y escrito. En este artículo se realiza una clasificación de las Afasias y una descripción de las mismas, así como un análisis de los errores lingüísticos típicos en ellas.

Palabras clave

Alteraciones del lenguaje y la comunicación, cerebro y lenguaje, Afasia, causas, clasificación.

1. INTRODUCCIÓN: BREVE REPASO A LA ANATOMÍA DEL LENGUAJE

Como introducción a este artículo, y por su relevancia para comprender la alteración del lenguaje sobre la que versa el mismo, explicaremos de forma resumida la función cerebral del lenguaje.

Es importante tener en cuenta, en primer lugar, que la especialización funcional hemisférica del lenguaje es asimétrica, asentándose en la mayor parte de las personas (un 95-99% de las diestras y un 65-70% de las zurdas) en el hemisferio izquierdo y hallándose situadas las distintas áreas implicadas en el mismo, alrededor de la cisura de Silvio. Por un lado, debajo de ésta (en el lóbulo temporal), se encuentran las **áreas auditivas primarias** y el **área de Wernicke**, que son los centros sensoriales que nos permiten oír y entender la palabra hablada, ya que se encargan de analizar los estímulos auditivos, la transformación de las secuencias auditivas y el acceso a las representaciones de las palabras y su significado.

Por otro, encima de la cisura de Silvio (en los lóbulos frontal y parietal), se localizan los centros motores, entre los que destaca el **área de Broca**, que contiene los patrones motores del habla y que está implicada en la planificación y programación fonológica, así como en la proyección de órdenes a la corteza premotora adyacente, a la corteza motora y a los músculos del mecanismo bucofonatorio. Es decir, es el área que nos permite expresarnos verbalmente.

Periféricamente a los centros del lenguaje hablado, se localizan las áreas responsables del lenguaje escrito, como el **área de Déjerine** o el **centro de Exner**.

En el siguiente dibujo se puede observar la ubicación aproximada de las áreas comentadas:



Cuando alguna de estas zonas dedicadas al lenguaje sufre un daño, se provoca la alteración del lenguaje conocida con el nombre de **Afasia**, pero ya que, como se ha podido comprobar, no todas las áreas tienen la misma función, los daños pueden ser muy dispares en función de la localización de la lesión. Sobre estos aspectos se hablará en los siguientes apartados.

2. ¿QUÉ ES LA AFASIA?

Afasia fue un término acuñado por el médico francés *Armand Trousseau*, en 1864. Según definía este doctor, la Afasia es “*un estado patológico que consiste en la pérdida completa o incompleta de la facultad de la palabra, con conservación de la inteligencia y de la integridad de los órganos de la fonación*”.

Por tanto, y de manera resumida, la Afasia es un **trastorno del lenguaje**, que puede afectar tanto a su componente **expresivo** como **comprensivo**, que resulta tras una **lesión** en alguna de las



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 48 - NOVIEMBRE DE 2011

áreas corticales del lenguaje o en las **rutras de asociación cerebrales**, y que tiene lugar **una vez que el lenguaje ha sido adquirido**.

Pero, además de estas características comunes, son muchas las variedades clínicas que pueden darse, dependiendo de la localización de la lesión y de su extensión, la edad de la persona, el proceso de rehabilitación, etc.

También es distinto el modo en que puede manifestarse la Afasia, pues puede darse de un modo repentino (como resultado de un accidente cerebrovascular o un traumatismo craneoencefálico) o desarrollarse lentamente (como en el caso de un tumor cerebral o una enfermedad degenerativa), así como la severidad de la Afasia, que se determina según una graduación que de cero a cinco, donde cero corresponde a un estado grave (la persona no puede hablar ni comprender lo que se le dice), y cinco, a un estado en que se tienen mínimos deterioros observables en el habla, pudiendo presentar dificultades subjetivas no evidentes para el interlocutor.

3. CAUSAS DE LA AFASIA

Como se ha comentado en el apartado anterior, la Afasia es resultado de una lesión cerebral, pero ésta puede deberse a distintas causas, entre las que podemos destacar las siguientes, al ser las más comunes:

- Traumatismo cráneo-encefálico, que es aquella lesión cuya causa primaria es externa (con frecuencia, un golpe).
- Ictus o accidente cerebro-vascular, que aparece cuando se disminuye o se interrumpe el aporte de sangre al cerebro comprometiendo la oxigenación de las células cerebrales, debido a embolias, trombosis, hemorragias cerebrales, entre otros, que, a su vez, puede ser causa de hipertensión, enfermedades coronarias, diabetes, tabaquismo, abuso de alcohol, consumo de drogas, alimentación desequilibrada, etc.
- Enfermedades degenerativas que van ocasionando un deterioro progresivo de las capacidades (Alzheimer, Pick...). Esta causa es frecuente con la edad, por lo que no se interviene en ella en el ámbito escolar.
- Tumores cerebrales.
- Enfermedades infecciosas del cerebro, como la encefalitis o los abscesos cerebrales.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 48 - NOVIEMBRE DE 2011

4. ERRORES LINGÜÍSTICOS TÍPICOS EN LAS AFASIAS

El lenguaje de la persona con Afasia suele caracterizarse, a rasgos generales, por trastornos en la emisión de los elementos sonoros del habla, déficit de la comprensión y trastornos de la denominación (anomia), pero en este apartado profundizaremos algo más en los errores lingüísticos habituales en este trastorno. Para hacerlo, diferenciaremos tres apartados: expresión oral, comprensión verbal y lenguaje escrito.

4.1. Trastornos en la expresión oral.

En primer lugar, hay que tener en cuenta que es muy frecuente que expresión verbal en la Afasia se vea **lentificada** (ya que se retarda la actividad combinatoria del Analizador verbal) y **fatigada**, observándose **latencias** (dificultad en la búsqueda de una denominación adecuada) o **anomias** (falta de respuesta por la pérdida de un vocablo). Estos cuatro síntomas son los que *Juan E. Azcoaga* incluye dentro de los *Inhibitorios de la codificación semántica*.

Por otro lado, entre los errores típicos de la Afasia en la expresión verbal, destacan las **reducciones** y las **deformaciones**, que son analizadas a continuación.

Atendiendo a la **reducción del lenguaje**, ésta puede manifestarse de distintos modos:

- **Supresión total del lenguaje.** La persona no es capaz de emitir ningún sonido articulado, o solamente puede producir algunos sonidos indiferenciados. La supresión total del lenguaje no suele ser un fenómeno absoluto, aunque sí puede observarse en las fases iniciales de la Afasia.
- **Estereotipias.** Cuando la reducción del lenguaje es grave, suelen observarse estereotipias, que consisten en la emisión de elementos silábicos, conjuntos de fonemas sin significado o palabras que se producen repetidamente cada vez que se intenta hablar.
- **Automatismos.** Son elementos de lenguaje automático o expresiones emocionales de uso común en la vida corriente (saludos, palabras malsonantes, etc.) que, durante la fase inicial, pueden constituir la mayor parte de las producciones habladas.

Centrándonos ahora en las **deformaciones** propias del **lenguaje** afásico, destacamos los siguientes errores:

- **Parafasias.** Utilización de fonemas, sílabas o nombres erróneos, en lugar de los adecuados. Es decir, las palabras utilizadas son incorrectas desde el punto de vista de su selección y composición.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 48 - NOVIEMBRE DE 2011

Podemos distinguir entre dos tipos de parafasias:

- **Parafasia literal o fonémica.** Utilización de fonemas que no corresponden a la sílaba o palabra que se desea emitir, por lo que la producción de palabras resulta deformada. Las deformaciones pueden consistir en simples omisiones de fonemas, sustituciones de unos fonemas por otros, inversiones o sustituciones recíprocas. En este último caso (el de las inversiones y sustituciones recíprocas) pueden verse implicadas sílabas completas, por lo que son denominadas parafasias silábicas.
- **Parafasia verbal.** Uso de una palabra en lugar de otra. A la vez puede distinguirse entre:
 - **Parafasia verbal formal.** Transformación en la que la palabra sustituyente y la palabra sustituida son similares en términos de su forma, no de su significado.
 - **Parafasia verbal morfémica.** Palabra inapropiada que ha sido construida utilizando morfemas que pertenecen al inventario del lenguaje. La palabra resultante puede ser aceptable desde el punto de vista del lenguaje pero inaceptable en su contexto.
 - **Parafasia verbal semántica.** Transformación afásica en la cual, las palabras sustituyente y sustituida guardan una relación semántica (pertenecen al mismo campo semántico; son palabras antónimas; existe proximidad ambiental entre ambas palabras...)
- **Neologismos.** Emisión de palabras inexistentes en el lenguaje del hablante, producidas por yuxtaposición incontrolada de parafasias. Éste es un paso intermedio entre la parafasia y la jergafasia.
- **Jergafasia.** Lenguaje fluido, bien articulado, pero sin ningún significado desde el punto de vista del oyente. Esta ausencia de significado resulta de la cantidad significativa de parafasias y neologismos, que lo hace ininteligible. Asociado al lenguaje en jerga suele observarse un síntoma que, a pesar de no ser verbal, es importante conocer. Éste es la **anosognosia**, que supone la “no percepción de los déficits”.
- **Perseveraciones.** Falta de inhibición de una determinada información y persistencia en esa respuesta.
- **Ecolalia.** Repetición de la última o las últimas palabras que ha dirigido el interlocutor, cuando la persona con Afasia intenta responderle.
- **Agramatismo.** Dificultad para realizar uniones gramaticales, conjugación de verbos y uso de palabras de función, utilizando predominantemente frases construidas por yuxtaposición de elementos, en especial sustantivos, y, en principio, empleo de los verbos en forma infinitiva.
- **Disintaxis.** A diferencia del agramatismo, típico de las Afasias motoras, cuando las lesiones son en la zona temporoparietal posterior, se da la disintaxis, que supone el uso de numerosas



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 48 - NOVIEMBRE DE 2011

fórmulas gramaticales, pero utilizadas de forma incorrecta, lo que hace que el lenguaje sea incoherente.

Por otro lado, tendremos en cuenta las **dificultades en la denominación**, ya que la **anomia** es un error muy frecuente en las Afasias. Ésta constituye una dificultad o incapacidad para evocar los elementos lingüísticos correspondientes al nombre de los objetos (falta del nombre). Ante la falta de vocablo, en muchas ocasiones se observa la presencia de circunloquios y parafasias verbales.

Y, por último, debemos mencionar las **dificultades articulatorias**, que generalmente se refieren a un déficit en la capacidad para emitir los fonemas o distorsiones en la articulación de los mismos, llegando rara vez a producirse una **anartria**, o imposibilidad para emitir sonidos articulados. Es frecuente, en este sentido, que se de el **síndrome de desintegración fonética**, que se da cuando la afectación incide sobre los mecanismos sensitivomotores de la articulación y que presenta una serie de distorsiones de los fonemas articulados. Desde un punto de vista neurológico, pueden distinguirse tres tipos de trastornos fisiopatológicos en base a las alteraciones de los fonemas:

- *Trastornos paráliticos*, en los que se observa una mala emisión de los fonemas debido a problemas motores.
- *Trastornos distónicos*, en los que se dan alteraciones del tono muscular, pudiendo ser este excesivo o deficitario.
- *Trastornos apráxicos*, en los que se observa apraxia bucofonatoria, que puede llegar a suponer la incapacidad para realizar secuencias motoras con una finalidad si se da en su grado máximo. Dicha incapacidad no puede ser explicada por una parálisis en la musculatura implicada.

Algunas veces también puede observarse **disprosodia**, que supone la alteración de la melodía del lenguaje, alterando la entonación afectiva y las inflexiones de la voz. A veces, se puede llegar a reproducir un acento extranjero, a lo que se denomina **xenoloquia**. Estas características suelen recuperarse con el tiempo, aunque la articulación persista alterada.

4.2. Trastornos en la comprensión verbal.

La comprensión puede estar alterada en diverso grado según el tipo de Afasia. Los trastornos de la comprensión pueden deberse a la alteración de diferentes factores lingüísticos:

- **Fonológicos:** fallos en el reconocimiento de los estímulos auditivos que constituyen el lenguaje oral.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 48 - NOVIEMBRE DE 2011

- **Sintácticos:** problemas de comprensión de las estructuras sintácticas debidas al agramatismo.
- **Semánticos y léxicos:** errores en la asociación de significado y significante.

De forma resumida, los trastornos pueden dividirse en dos niveles de afectación:

- **El nivel sensorial**, pudiendo darse agnosia auditiva y dificultades de integración auditiva de los fonemas. Un trastorno en este nivel ocasionará predominantemente déficit para la integración de la estructura fonémica que se traducirá en parafasias, neologismos y lenguaje de jerga.
- **El nivel semántico**, en el que se debe observar la comprensión de las diversas estructuras sintáctico – gramaticales, conjuntos de frases con instrucciones yuxtapuestas, expresiones complejas de comparación, caso genitivo, etc. Un trastorno en este nivel se manifestará predominantemente con alteraciones disintácticas del lenguaje.

4.3. Trastornos del lenguaje escrito.

En el lenguaje escrito se pueden observar dos trastornos fundamentalmente:

- La **agrafía**, que se puede definir como una pérdida parcial o total en la capacidad para producir lenguaje escrito, pudiéndose combinar dificultades en los elementos motores, acústicos, cinestésicos, visuales y práxicos.

Hay tres tipos de agrafías:

- **La agrafía afásica**, que está asociada al trastorno afásico total y en el que la lengua escrita está más afectada que la hablada.
 - **La agrafía de aspecto apráxico**, en el que la alteración recae esencialmente sobre el grafismo.
 - **Las agrafías espaciales**, ligadas a la patología parietal.
- La **alexia**, que es un trastorno en la comprensión del lenguaje escrito, pudiendo distinguir entre:
 - **La alexia agnósica**, que depende de una perturbación de las funciones que aseguran el reconocimiento visual de los símbolos gráficos del lenguaje.
 - **La alexia afásica**, que es consecuencia de una pérdida del valor semántico de los signos del lenguaje escrito. La lectura global de palabras es más fácil que la lectura aislada de letras.

5. CLASIFICACIÓN DE LAS AFASIAS

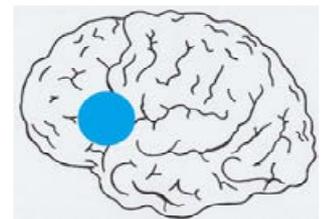
Para llevar a cabo la clasificación de las Afasias atenderemos a la **localización de la lesión**, aunque es importante tener en cuenta que, al igual que ocurre en la mayoría de las patologías, rara vez encontramos cuadros típicos o puros, ya que no siempre la lesión se encuentra perfectamente circunscrita y casi nunca es masiva. A pesar de ello, la clasificación de las Afasias ayuda al diagnóstico y al tratamiento de los síntomas detectados, por lo que procedemos a realizarla:

5.1. Afasias corticales

a) Con lesiones en las áreas corticales del lenguaje (*zona perisilviana*)

AFASIA DE BROCA

La Afasia de Broca, también conocida como *Afasia verbal*, *Afasia motora o eferente*, *Afasia no fluida*, *Afasia de expresión* o *Afasia anterior*, surge por una lesión en la parte posterior de la tercera circunvolución frontal izquierda, correspondiente al área 44-45 de Brodmann o área de Broca.



La lesión en esta área da lugar a una expresión verbal muy afectada y una comprensión auditiva relativamente mejor, aunque hay que tener en cuenta que el grado de entendimiento estará íntimamente relacionado con la complejidad de la sintaxis de la frase que escucha la persona con este trastorno.

En este tipo de Afasias, suele aparecer una primera *fase aguda* caracterizada por una suspensión total del lenguaje espontáneo; seguida de una *fase de estado* en la que se inicia un lenguaje característico, con un **reducido vocabulario** y **graves problemas sintácticos** o **agramatismo** (emisión de frases sencillas y cortas –casi telegráficas-, utilización exclusiva de palabras imprescindibles, empleo de nombres y adjetivos en singular y verbos en infinitivo, supresión de verbos auxiliares, omisión de palabras de función y de morfemas gramaticales –pronombres, preposiciones, sufijos...-, alteración del orden de las palabras dentro de la frase, etc.). Además, al ser la persona que tiene este tipo de Afasia, **consciente de su trastorno**, utiliza una expresión verbal lenta y premeditada, algo que unido a su **dificultad articulatoria**, hace que repita palabras, frases y exclamaciones sobreaprendidas (estereotipias verbales), a veces sin sentido.

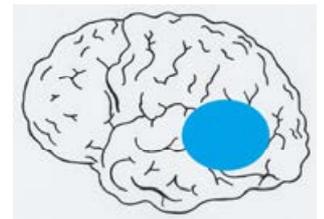
También suele acompañarse este tipo de Afasias de una **baja capacidad para denominar objetos**, que suele mejorar cuando se ofrecen pistas fonéticas (“*comienza por...*”) o semánticas (“*sirve para...*”). La **repetición** se encuentra igualmente afectada, aunque suele ser mejor que el lenguaje espontáneo. La producción de series automáticas (contar, días de la semana, etc.) es superior a este último.

En ocasiones, el **lenguaje escrito** está más alterado que el hablado, siendo frecuente la afectación de la lectura en voz alta, de la comprensión (que suele ser mejor que la anterior) y de la expresión escrita. Ésta última, en algunos casos, es nula o está limitada a estereotipias gráficas (puntos, círculos, cruces...) y afecta tanto a la escritura espontánea como al dictado, e incluso, a la copia.

Por otro lado, la Afasia de Broca suele manifestarse acompañada de **déficit motor en el hemicuerpo derecho** con algún grado de déficit sensitivo, **hemianopsia** (reducción del campo visual provocada por una lesión cerebral) o **apraxia ideomotora** en la mitad izquierda del cuerpo, así como dificultades para **realizar movimientos bucofaríngeos que pueden dificultar la deglución**.

AFASIA DE WERNICKE

La Afasia de Wernicke, también conocida como Afasia acústica, sensorial, receptiva o sintáctica, es debida a la lesión de la zona posterior de la circunvolución temporal superior izquierda, que corresponde al área 22 de Brodmann o área de Wernicke.



Al darse la lesión en un área perceptiva, ésta origina una agnosia referida a la información verbal (la persona oye, pero no comprende las palabras). En este caso, falla la identificación del sonido con los fonemas correspondientes y la asociación de éstos a su significado, dando como resultado una falta de comprensión verbal y la incapacidad para transformar los sonidos en un habla coherente.

En cuanto a la **comprensión**, ésta se suele limitar a palabras simples o frases y puede mantenerse por intervalos de tiempo cortos, requiriendo un gran esfuerzo por parte de la persona con este tipo de Afasia.

Refiriéndonos a la **expresión**, la persona no realiza esfuerzo para producir el lenguaje, siendo éste fluido (e incluso logorreico), con una longitud de la frase aparentemente normal, así como su estructura, articulación y prosodia. El discurso es **rápido** (a veces más veloz y abundante de lo normal, con cierto grado de excitación); pero el **contenido** del mismo suele ser **difícilmente comprensible**. Esto es debido a que, en la emisión oral, la persona confunde las características fonéticas, cometiendo frecuentes equivocaciones que afectan a un fonema dentro de una palabra (parafasia literal o fonémica) o a palabras completas (neologismos), que originan una jerga propia sin sentido (ocasionando jergafasia en los casos más graves). Como se dijo en el apartado anterior, unido a este tipo de trastornos, solemos encontrarnos la anosognosia o falta de conciencia de los errores.

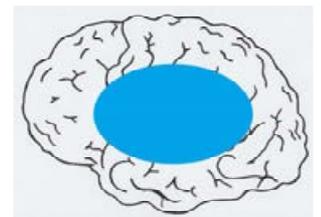
Debido a todo lo anterior, una lesión en esta zona **altera gravemente** las capacidades de **comprensión, repetición y denominación**, algo que se une a las dificultades para **hacerse entender**.

Por otro lado, la Afasia de Wernicke se acompaña de **errores en la escritura** similares a los del lenguaje oral, así como alteraciones en la verbalización de la **lectura** y la comprensión de lo escrito. En muchas investigaciones, se ha enfatizado la variación en el defecto en la comprensión entre el lenguaje oral y escrito, presentando algunas personas un defecto máximo en la comprensión del lenguaje oral (*sordera verbal*) y otras un defecto notoriamente mayor en la comprensión del lenguaje escrito (*ceguera verbal*). Estas diferencias dependen de la localización (más anterior o posterior) de la lesión.

Por último, al contrario de lo que ocurría con la Afasia de Broca, las personas que tienen este tipo de Afasia, no suelen presentar alteraciones neurológicas aparentes. Sólo en las fases más agudas se puede observar una **discreta paresia transitoria** o **alteraciones de la sensibilidad**.

AFASIA GLOBAL

La Afasia global es consecuencia de lesiones extensas en el territorio de la arteria cerebral media izquierda, con afectación de las áreas frontoparietales y temporoparietales. Debido a la amplitud de la zona afectada, ésta es la Afasia más grave y afecta tanto a la expresión como a la comprensión.



Al principio, la persona con este tipo de Afasia suele presentar una **abolición total de las emisiones lingüísticas**. Posteriormente, van apareciendo algunos **elementos automatizados** (como puede ser la emisión de *tacos* o palabras malsonantes) y, en ocasiones, producciones estereotipadas.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 48 - NOVIEMBRE DE 2011

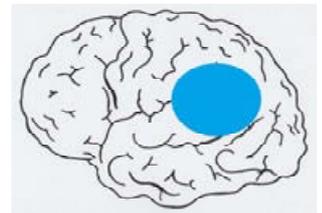
Éste será un **lenguaje estereotipado**, en el que la entonación corresponderá a la intención comunicativa, aunque la palabra o frase estereotipada no guarde relación con esa intención o con el contexto de la conversación.

En referencia a la **comprensión** del lenguaje hablado, se reduce a un escaso número de palabras y expresiones y la recuperación es muy limitada.

Por último, la Afasia global suele presentar **trastornos neurológicos asociados** (con frecuencia, hemiplejía), que unidos a la enorme dificultad para comunicarse, suele dar lugar a la asociación con un **cuadro depresivo**.

AFASIA DE CONDUCCIÓN

La Afasia de conducción, también conocida como Afasia central de Goldstein o Afasia motora aferente de Luria, es consecuencia de la lesión parietal (circunvolución postcentral y supramarginal) e insular. Algunos autores suponen que debe existir un compromiso del fascículo arqueado (que es una vía de conexión que transporta información desde el área de Wernicke hasta el área de Broca), pero otros insisten en que no es necesaria la implicación del mismo para que se presente la Afasia de conducción.



A pesar de la controversia sobre la localización de la lesión, lo más característico de este tipo de Afasia es la **dificultad para la repetición**, que es muy relevante en palabras polisilábicas, que se convierten en auténticos trabalenguas. A diferencia de las Afasias de Broca y Wernicke, en este caso, la producción del lenguaje y la comprensión auditiva no se encuentran tan afectadas.

Aparte de la dificultad para la repetición, en el lenguaje espontáneo, es frecuente la presencia de **trastornos anómicos** y **parafasia fonémicas**. Es decir, existen problemas en la selección apropiada de las palabras y la correcta secuenciación fonémica dentro de ellas. Todo ello hace que el lenguaje conversacional se vea interrumpido por pausas, vacilaciones, aproximaciones sucesivas a la palabra buscada y autocorrecciones en la producción de palabras, dando lugar a una elocución **disprosódica**. A pesar de lo anterior, la dificultad mencionada se limita a las palabras de forma individual, siendo la estructuración del discurso normal con un uso normal de morfemas gramaticales y de palabras funcionales.

Por otro lado, la **comprensión** está relativamente preservada, estando las dificultades limitadas a la comprensión de estructuras gramaticales complejas o expresiones que contienen múltiples frases.

En la **lectura**, la comprensión es notoriamente superior a la lectura en voz alta, que se caracteriza por interrupciones constantes con gran cantidad de paralexias literales. En la **escritura**, los errores van desde defectos leves en el deletreo hasta una agrafia grave. El grafismo y automatismo están habitualmente preservados, aunque se producen gran número de alteraciones paragráficas. Los fallos se dan sobre todo en escritura al dictado y espontánea, mejorando en la copia. Algunas veces, este tipo de Afasias se asocia con una **agrafia apráxica**, en la que la persona es incapaz de realizar los movimientos requeridos para formar las letras.

Asociada a la Afasia de conducción, es frecuente hallar cierta **hemiparesia derecha** y **pérdida de sensibilidad cortical**, al igual que cierto grado de **apraxia ideomotora**, especialmente evidente en los movimientos bucofaciales (**apraxia oral o bucofacial**).

b) **Con lesiones limítrofes a las áreas corticales de lenguaje.**

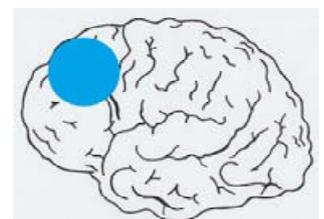
AFASIA TRANSCOTICAL

Las Afasias transcorticales se producen cuando las lesiones afectan a los bordes o los márgenes de los centros del lenguaje, aislándolos del resto de la neocorteza. Por tanto, son Afasias que no se localizan en ninguna área circunscrita, sino que son elaborados por un mecanismo cortical multisensorial.

Lo característico de este trastorno del lenguaje es que, a pesar de presentar alteración de la comprensión y la expresión, se conserva una buena capacidad para la repetición. Existen dos tipos de Afasias transcorticales, que son explicadas a continuación:

AFASIA TRANSCORTICAL MOTORA

La Afasia transcortical motora, también conocida como *Afasia dinámica de Kleist y Luria*, es consecuencia de una lesión en el área motora suplementaria (porción superior de la región parasagital) del lóbulo frontal dominante.

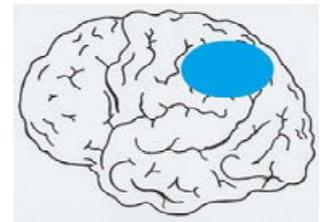


Las principales características son:

- Afectación importante de la **expresión verbal**: falta de iniciativa para el habla oral o escrita espontánea, llegando en los casos más graves al mutismo total; discurso no fluido con latencias largas, expresiones poco elaboradas y, en ocasiones, parafasias verbales; ecolalia; lenguaje telegráfico; anomia, que mejora con pistas fonémicas y contextuales; buena producción de series automáticas.
- Déficit en el **componente pragmático** del lenguaje, pues es tal la pérdida del interés en la utilización del mismo, que existe una pérdida del control comportamental a través del lenguaje.
- **Comprensión** relativamente preservada.
- Buena capacidad de **repetición**, algo que es común a todas las afasias transcorticales.

AFASIA TRASCORTICAL SENSORIAL

La Afasia transcortical sensorial es consecuencia de una lesión la parte posterior de la unión entre los huesos parietal y occipital, con alteración de las cortezas temporal y parietal en la proximidad del área de Wernicke.



Algunas características de esta Afasia, son:

- **Expresión** fluida, a menudo en forma de jerga semántica, ya que es frecuente la ecolalia y las parafasias son abundantes. También puede incluir el discurso, algunos neologismos y palabras que no guardan relación entre ellas o con el tema de conversación. Existe tendencia a la logorrea.
- **Comprensión** del lenguaje hablado limitada. En contraposición con la Afasia de Wernicke, está conservada la comprensión auditiva, fallando en este caso, el paso del signifiante sonoro al significado.

Son muy difíciles para personas con esta Afasia, tareas tales como: denominar, señalar, seguir instrucciones verbales o responder a preguntas alternativas (sí/no).

- La **repetición** está preservada.
- Problemas severos tanto en la **escritura** como en la **lectura**.

Este tipo de Afasia no suele venir asociada de ningún déficit motor, pero puede estar acompañada de **alteraciones sensitivas** en el hemicuerpo contra-lateral a la lesión y **alteraciones en el campo visual** (usualmente, cuadrantanopsia). Además, es una de las Afasias que más se manifiestan en la enfermedad de Alzheimer.

La Afasia Transcortical Mixta, también conocida como *Síndrome del aislamiento del área del lenguaje*, es consecuencia de lesiones múltiples que dañan zonas corticales y subcorticales alrededor de las áreas del lenguaje. No es una Afasia frecuente.

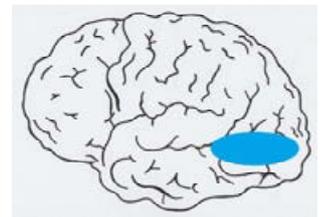
Esta Afasia es una combinación de la Afasia transcortical motora y la transcortical sensorial y sus principales manifestaciones, son:

- Trastorno severo de la **expresión** (que no es fluida, siendo frecuente la anomia y la ecolalia y, llegando en algunos casos, al mutismo total) y de la **comprensión**.
- Se conserva la capacidad para **repetir** el lenguaje hablado y para completar oraciones, aunque el nivel se encuentra por debajo del normal. El número de palabras que pueden repetir en una frase se limita a unas tres o cuatro; sin embargo, pueden repetir pseudopalabras, e incluso, palabras en otra lengua a la propia.
- Todas las actividades del **lenguaje escrito** están afectadas en grado máximo: en lectura suele darse alexia y, en escritura, agrafía.

En ocasiones, esta Afasia puede estar acompañada de una **cuadriparesia espástica** o de una **alteración motora unilateral**, y una **pérdida sensorial** evidente. En algunos de los casos también se ha hallado **hemianopsia homónima derecha**.

AFASIA ANÓMICA

La Afasia anómica puede ser consecuencia de la evolución de una Afasia de Wernicke o de una Afasia sensorial transcortical. El síntoma más evidente es la **dificultad para encontrar palabras de uso común**, en el contexto de un habla fluida y gramaticalmente bien construida.



Ya que la anomia es un componente que va ligado casi todas las Afasia fluidas, a la Afasia de Wernicke y a la Afasia de Conducción, hablamos de Afasia Anómica cuando este síntoma aparece de un modo relativamente aislado, presentando un nivel de **comprensión** relativamente normal (aunque suele fallar en tareas complejas de comprensión auditiva), una **repetición** adecuada y un **habla** con ausencia llamativa de sustantivo, que también se hace visible en la escritura espontánea.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 48 - NOVIEMBRE DE 2011

5.2. Afasias subcorticales

Si, al referirnos a las Afasia transcorticales atendíamos a lesiones producidas en la conexión de distintas partes de la corteza cerebral; al mencionar las Afasia subcorticales, estamos refiriéndonos a aquellas lesiones situadas debajo de la corteza cerebral del hemisferio izquierdo (tálamo o región estriato-capsular, principalmente). Estas afasias han sido recientemente propuestas gracias a los avances tecnológicos pues, durante mucho tiempo, se había aceptado que las Afasias clásicas eran resultado de lesiones corticales y subcorticales de forma combinada.

A pesar de lo anterior, la existencia de las Afasia subcorticales, es un tema que sigue generando polémica, pues las lesiones subcorticales frecuentemente producen síntomas característicos de alteraciones situadas a cierta distancia del sitio actual de la lesión, y no se sabe hasta qué punto estos síndromes son consecuencia de la patología subcortical, o son efecto de desconexión de áreas corticales.

A pesar de la controversia, se han descrito diferentes alteraciones en el lenguaje y el habla en caso de patología subcortical. Algunas veces estas se semejan más a una Afasia agramática no fluida; otras a un trastorno fluido parafásico del lenguaje, aunque es importante tener en cuenta que la patología puramente subcortical usualmente sólo produce defectos articulatorios, hipofonía y disprosodia, pero no Afasia. Aún así, lesiones en estas áreas, además de originar problemas motores (que se manifiestan como disartria), pueden provocar trastornos del lenguaje, que pueden ir desde problemas de fluencia y articulación hasta trastornos de la comprensión del lenguaje, pasando por fenómenos anómicos, con neologismos y fenómenos de jerga. También pueden darse fenómenos de perseveración, producción parafásica, trastornos de la repetición, apraxia verbal y agrafia.

No nos detendremos en este tipo de afasias por ser menos frecuentes y no estar tan estudiadas como las que suceden en la zona cortical.

Como conclusión a este apartado, aportamos un cuadro resumen de las afasias más frecuentes y sus principales síntomas lingüísticos (donde **x** significa que el componente se ve deteriorado; y **✓** representa que ese nivel del lenguaje es adecuado):

TIPO DE AFASIA		EXPRESIÓN (Fluencia)	COMPRESIÓN	REPETICIÓN	DENOMINACIÓN	
AFASIAS CORTICALES	POR LESIONES EN LAS ÁREAS CORTICALES DEL LENGUAJE	BROCA	x Agramatismo	✓	x	
		WERNICKE	✓ Jerga fonémica	x	x	
		GLOBAL	x	x	x	
		CONDUCCIÓN	✓	✓	x	
	POR LESIONES EN LAS ÁREAS LÍMITROFES A LAS ÁREAS CORTICALES DEL LENGUAJE	TRASCORTICAL MOTORA	x	✓	✓	x
		TRASCORTICAL SENSORIAL	✓ Jerga semántica y ecolalia	x	✓	x
		TRASCORTICAL MIXTA	x Ecolalia	x	✓	x
		ANÓMICA	✓ Circunloquios	✓	✓	x

6. ¿CÓMO SE MANIFIESTA LA AFASIA EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA?

Debido a que una de las principales causas de las lesiones cerebrales que provocan la Afasia es el accidente cerebrovascular, éstas son poco frecuentes durante la infancia y la adolescencia. En caso de que ocurra en estas edades, suele derivar de lesiones traumáticas o postencefalíticas, enfermedades neuroinfecciosas, tumores o enfermedades neurodegenerativas propias de la edad juvenil.

Se puede decir que la semiología de la Afasia en la infancia y la adolescencia es similar a la descrita en la edad adulta, incluyendo en las fases iniciales tanto forma no fluidas como forma fluidas de Afasia. Habitualmente, en las primeras fases, se observan características “no fuentes”, predominando



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 48 - NOVIEMBRE DE 2011

el déficit expresivo sobre el comprensivo; aunque, también puede encontrarse otros síntomas, como logorrea paráfasica, neologismos y trastornos graves de comprensión.

De forma distinta a lo que ocurría en los adultos, la Afasia por lesión subcortical, que mencionamos en el apartado anterior que era poco frecuente en éstos, lo es de un modo más acusado en la infancia. En referencia a las mismas, hay que mencionar que se presenta inicialmente como una afasia no fluente en todos los casos y que, las lesiones de la topografía posterior (tálamo, brazo posterior de la cápsula interna o centro oval) causan una sintomatología más grave que las de la topografía anterior (cabeza del caudado, pálido o brazo anterior de la cápsula interna), siendo mejor la recuperación del lenguaje espontáneo y conversacional en el primer caso.

Por otro lado, un síndrome exclusivo de la edad preescolar que cursa con agnosia auditiva y que constituye un paradigma de Afasia especialmente grave en la infancia, es **el síndrome afasia-epilepsia de Landau y Kleffner**, que es consecuencia de una lesión en los mecanismos subcorticales de conexión entre el área auditiva primaria y la región de la corteza asociativa adyacente. Algunos estudios sobre este síndrome han dejado patente que la mitad de las personas afectadas, quedan con incapacidad verbal fermenten, siendo peor el pronóstico cuanto más temprana es la edad de instauración.

Un proceso que se ha estudiado en la recuperación de la Afasia ocurrida a estas edades (mediante escucha dicótica), es el hecho de que el hemisferio no dominante, asume los procesos neurolingüísticos que corresponden al hemisferio izquierdo, en el que se encuentra la lesión.

Por último, y de forma general, la recuperación del lenguaje espontáneo y conversacional y, especialmente, de las funciones lingüísticas automáticas (fonología, sintaxis, prosodia) suele ser mejor cuando la lesión ocurre en la niñez; pero también se ha estudiado, a través de diversas investigaciones, que existen consecuencias negativas en el tiempo en la utilización de la memoria verbal, la lectura, la escritura, cálculo y, en consecuencia, el progreso académico.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 48 - NOVIEMBRE DE 2011

7. CONCLUSIÓN

Como se ha puesto de manifiesto en el artículo, el lenguaje humano es el resultado final de un conjunto de actividades cerebrales encaminadas a la recepción, la integración y la elaboración de los mensajes lingüísticos. La desorganización de estas actividades a causa de una lesión cerebral determina un nuevo nivel de funcionamiento lingüístico que constituye la Afasia.

La evaluación de la Afasia pondrá de manifiesto los aspectos que han quedado destruidos, los que están deteriorados y los que se encuentran intactos, siendo el punto de partida para una rehabilitación que deberá considerar los diversos componentes de la semiología neurolingüística, teniendo en cuenta que el proceso rehabilitador no solamente deberá centrarse en los aspectos receptivo y expresivo del lenguaje, sino que la persona con afasia plantea, además, otros posibles trastornos cognitivos derivados de la lesión cerebral y otros problemas socioafectivos y de la comunicación derivados de la nueva situación personal y social después de la lesión, que también debemos tener en cuenta. Pero éstos y otros aspectos son los que trataremos en nuestro próximo artículo.

8. BIBLIOGRAFÍA

- 📖 Ardila, A., Rosselli, M. (1992) Neuropsicología clínica. Colombia: Medellín.
- 📖 Azcoaga, J.E., Bello, J.A. y otros. (1987). Los retardos del lenguaje del niño. Barcelona: Neuropsiología Paidós.
- 📖 Bhatnagarm S.C., Andy, O.J. (1997) Neurociencia para el estudio de las alteraciones de lenguaje. Barcelona: Masson.
- 📖 Cuetos Vega, F. (1998) Evaluación y rehabilitación de las afasias. Aproximación cognitiva. Madrid: Médica panamericana.
- 📖 Goodglass, H., Kaplan, E. (1986) Evaluación de la afasia y de trastornos relacionados. Madrid: Médica Panamericana.
- 📖 Helm Estabrooks, N., Albert, M. L. (1994) Manual de terapia de la afasia. Madrid: Médica Panamericana.
- 📖 Peña Casanova, J., Pérez Pamies, M. (1984) Rehabilitación de la afasia y trastornos asociados. Barcelona: Masson.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 48 - NOVIEMBRE DE 2011

- ☞ Putz, R., Pabst, R. (1994) Atlas de anatomía humana de Sobotta. Madrid: Médica panamericana
- ☞ Puyuelo, M. (1997) Casos clínicos en logopedia. Barcelona: Masson.
- ☞ Rondal, J. A. y Seron, J. (1995) Trastornos del lenguaje. Barcelona: Paidós.

Autoría

- Nombre y Apellidos: María del Pilar Jiménez Hornero
- Centro, localidad, provincia: CEIP Virgen de Setefilla – Lora del Río (Sevilla)
- E-mail: pilar_jhornero@hotmail.com