

AFASIAS Y ACCIDENTES VASCULARES CEREBRALES FRECUENCIA Y TIPOS CLÍNICOS

Alamiro Vallejo Chávez*

RESUMEN

Se revisaron las historias clínicas de 180 pacientes con diagnóstico de Accidente Vascular Cerebral (AVC), admitidos en el Servicio de Neurología del Departamento de Medicina del Hospital Belén de Trujillo, entre el 01 de enero al 31 de Diciembre del 2002. De los 180 pacientes con AVC, 60 (33%) presentaron Afasias. De los 60 pacientes con Afasias por AVC, 42 (70%) fueron por AVC isquémico y 18 (30%) por AVC hemorrágico. En los 60 pacientes con Afasias, las formas clínicas más frecuentes fueron la Afasia Global, 20 pacientes (34%), Afasia de Expresión o de Broca 16 (27%) y Afasia de Comprensión o de Wernicke 12 (20%).

Palabras Clave: Afasias, accidente cerebro vascular, frecuencia y formas clínicas.

ABSTRAC

In order to investigate the aphasias due to stroke (AVC), we have examined 180 patients suffering from this pathology in the Neurology Service of Belen Hospital of Trujillo, within the period dated from 01 January to 31 December 2002. Of the 180 patients with stroke, 60 (33%) suffered Aphasias. Of the 60 patients with aphasias due to stroke 42 (70%) were associated to ischaemic stroke and 18 patients (30%) for intracerebral hemorrhage. In the 60 patients with aphasias, the most frequently clinical forms were: Global Aphasia 20 patients (34%), Brocca's Aphasia 16 (27%) and Wernicke's Aphasia 12 patients (20%).

Key Words: Aphasias due Stroke. Frequency and clinical forms.

I. INTRODUCCIÓN

Las **AFASIAS** son trastornos de la expresión y la comprensión del lenguaje que no están ligadas ni a un trastorno demencial, ni a una alteración sensorial periférica, ni a una del aparato periférico en ejecución (7) (13). Son trastornos adquiridos o secundarios a una lesión cerebral focal (1) (6), básicamente del hemisferio cerebral dominante, que en el 95 a 99 % de los casos corresponde al hemisferio izquierdo (3) (4). Debido a la enorme complejidad semiológica

*Médico Neurólogo, docente de la Universidad César Vallejo. Presidente de la Asociación Peruana Para el Estudio del Dolor - Filial Trujillo. Ex Jefe del Servicio de Neurología Hospital V. Lazarte - Essalud La Libertad.

de las afasias, hay muchas clasificaciones clínicas, como las de Alajouanine, Brown, Luria, Jakobson, Sabouraud, Tissot, Hecaen, Lecours y Lhermitte (1) (2) (7) (10) (13). La clasificación más simple se basa en hechos o conocimientos basados en la correlación clínico - patológica, y divide las afasias en tres tipos clínicos: afasia de expresión o de Broca, de comprensión o de Wernicke y la afasia global. Una clasificación más detallada de las afasias y aceptada por la mayoría de los autores (7) (10) (13) (14) considera, además de las precedentes, a las afasias de conducción, transcortical motora, transcortical sensorial y afasia nominal (clasificación de Wernicke y Lichteim). Para el estudio de las afasias también existen múltiples pruebas o tests (5) (8) (11) (12) (17) (19).

Las afasias pueden ocurrir debido a múltiples causas como: enfermedades vasculares cerebrales, traumatismos encefalocraneanos, cicatrices postquirúrgicas, tumores cerebrales primarios y/o secundarios, problemas infecciosos (encefalitis, abscesos), infestaciones parasitarias (neurocisticercosis), etc. (1) (7) (13) (15) (18); pero la causa más frecuente de afasias son los accidentes vasculares cerebrales, ya sea en sus formas isquémicas y/o hemorrágicas, según la mayoría de autores, responsables de 80 a 85% de afasias (3) (4) (6) (12) (18), pero como parte del cuadro clínico de los accidentes vasculares cerebrales (AVC) ocurre con una frecuencia del 20 - 25% (1). Por su parte, los accidentes vasculares cerebrales constituyen la principal causa de ingreso en los servicios de Neurología de los hospitales generales y/o especializados y representan también la primera causa de enfermedades incapacitantes o generadoras de secuelas. Una de ellas, las afasias, necesitan ser tipificadas para su tratamiento médico y rehabilitación (9) (20).

ADARRAGA (1), en su estudio sobre frecuencia de afasias por accidentes cerebrales vasculares encuentra un predominio de las afasias globales con una frecuencia del 25%, seguida por las afasias de Broca o de expresión y de la afasia de Wernicke o de comprensión con una frecuencia del 20% respectivamente, afasia anómica con 8%, afasia de conducción 4%, y afasias transcortical motora y sensitiva con una frecuencia del 2% respectivamente.

En la región y en el Servicio de Neurología del Hospital Belén de Trujillo, no conocemos cuál es la frecuencia de afasias por accidentes vasculares cerebrales (AVC), así como tampoco su frecuencia en relación a los diferentes tipos de AVC; asimismo, desconocemos su frecuencia en relación a los diferentes tipos clínicos de afasias. Por esta razón efectuaremos un estudio en este servicio, durante todo el año del 2002 para conocer las respuestas a las interrogantes arriba planteadas.

II. OBJETIVOS

- Precisar la frecuencia de afasias en los pacientes con AVC, así como en sus diferentes tipos (isquémicos y/o hemorrágicos).
- Determinar la forma clínica de afasia más frecuente en los pacientes con AVC.

III. MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron las Historias Clínicas de 180 pacientes con diagnóstico de Accidente Vascular Cerebral (AVC) en concordancia con los criterios diagnósticos y de clasificación establecidos por The National Institute of Neurological Disorders and Stroke (9) (20).

Los pacientes fueron admitidos en el Servicio de Neurología del Departamento de Medicina, sector hospitalización del Hospital Belén de Trujillo, entre el 01 de enero y el 31 de diciembre del año 2002.

De los 180 pacientes con AVC, 60 tienen afasias, clasificadas y diagnosticadas de acuerdo a los criterios establecidos por Wernicke y Lichteim (3) (7) (14).

De los 60 pacientes con afasias, 32 fueron del sexo femenino (53%) y 28 del sexo masculino (47%) y las edades oscilaron entre los 40 y 92 años (edad promedio; 61 años).

Para el presente trabajo se excluyeron las historias clínicas de los pacientes con AVC sin afasias y aquellos asociados a otros síndromes, como: tumores, TEC, secuelas postquirúrgicas, enfermedades infecciosas o parasitarias y enfermedades degenerativas.

Siguiendo los criterios de inclusión y de exclusión establecidos, la información obtenida fue registrada en fichas individuales para la recolección de datos, especialmente confeccionadas de acuerdo con los objetivos planteados.

IV. RESULTADOS

CUADRO N° 1
FRECUENCIA DE AFASIAS POR ACCIDENTES CEREBROVASCULARES:

AVC	N°	%
SIN AFASIA	120	67
CON AFASIA	60	33
TOTAL	180	100

CUADRO N° 2
FRECUENCIA DE AFASIAS POR TIPOS DE ACCIDENTES VASCULARES CEREBRALES:

AVC	N°	%
SIN AFASIA	120	67
CON AFASIA	60	33
TOTAL	180	100

CUADRO N° 3
FRECUENCIA DE AFASIAS POR ACV DE ACUERDO A LA FORMA CLÍNICA:

TIPO DE AFASIA	N°	%
<i>De expresión</i>	16	27
De comprensión	12	20
Global	20	34
De conducción	02	03
Anómica	08	13
Transcortical motora	02	03
Transcortical sensitiva	00	00
TOTAL	60	100
TIPO DE AFASIA	<u>N°</u>	<u>%</u>

V. DISCUSIÓN

Las afasias son trastornos de la expresión y la comprensión del lenguaje que no están ligadas a un trastorno demencial, ni a una del aparato periférico en ejecución (7) (13). Son trastornos adquiridos o secundarios a una lesión cerebral focal (1) (6), básicamente del hemisferio cerebral dominante, que en el 95 a 99% de los casos corresponde al hemisferio izquierdo (3) (4).

Las afasias pueden ocurrir debido a múltiples causas, como: enfermedades vasculares cerebrales, traumatismos encefalocraneanos, cicatrices postquirúrgicas, tumores cerebrales primarios y/o secundarios, problemas infecciosos (encefalitis, abscesos), infestaciones parasitarias (neurocisticercosis), etc. (1) (7) (13) (15) (18). La causa más frecuente de afasias son los Accidentes Vasculares Cerebrales ya sea en sus formas isquémicas y/o hemorrágicas, y según la mayoría de autores son responsables del 80 a 85% de afasias (3) (4) (6) (12) (18), pero como parte del cuadro clínico de los AVC ocurren con una frecuencia del 20 - 25%. (1).

En el Servicio de Neurología del Hospital Belén de Trujillo hemos determinado la frecuencia de afasias como parte del AVC, más no como causa de todas las afasias; hemos encontrado una frecuencia de afasias por AVC del 33%, un poco por encima de lo referido por otros autores (1) (5) (10).

Las afasias ocurren tanto en los AVC isquémicos como hemorrágicos. Hemos encontrado afasias mayormente en los AVC isquémicos (70%) y 30% en los hemorrágicos. Hay afasias en los ictus isquémicos de tipo trombótico, embólico mas no en los infartos lacunares. Esto tiene su explicación en la distribución anatómica de los vasos cerebrales (ocurre cuando compromete vasos grandes y medianos y no vasos pequeños o profundos). En los ictus hemorrágicos todas las afasias se presentaron en la hemorragia intracerebral. No hubo casos de afasias en las hemorragias subaracnoideas espontáneas y puras.

Debido a la enorme complejidad semiológica de las afasias hay muchas clasificaciones clínicas: las de Alajouanine, Brown, Luria, Jakobson, Sabouraud, Tissot, Hecaen, Lecours y Lhermitte (1) (2) (7) (10) (13). La clasificación más simple se basa en hechos o conocimientos basados en la correlación clínico - patológica, y divide las afasias en tres tipos clínicos: Afasia de Expresión de Broca, de Comprensión o de Wernicke y la Afasia Global. Una clasificación más detallada de las afasias y aceptada por la mayoría de los autores (7) (10) (13) (14) considera, además de las precedentes, a las afasias de conducción, transcortical motora, transcortical sensorial y afasia nominal (clasificación de Wernicke y Lichteim) (5) (8) (11) (12) (17) (19).

En el Servicio de Neurología del Hospital Belén de Trujillo los tipos clínicos más frecuentes de afasias son: Global (34%), seguida de la Afasia de Broca o de Expresión (27%), de Comprensión o de Wernicke (20%), la Anómica (13%), de Conducción y Transcortical Motora (3%). No encontramos ningún caso de afasia Transcortical Sensitiva. Nuestros resultados coinciden en lo que respecta a la mayor frecuencia de Afasia Global con los referidos por ADARRAGA (1) y por otros autores (5) (10).

El tipo de afasia va a depender de la localización del área cerebral afectada (hemisferio izquierdo o dominante) (2) (4) (6).

En la Afasia de Broca, existe una fluencia o expresión verbal deficiente, una capacidad para repetir oraciones, así como la denominación de objetos deterioradas, mientras que la comprensión del lenguaje es normal. En la Afasia de Wernicke, la expresión verbal es fluente o normal, mientras que la comprensión, la capacidad para repetir oraciones y la denominación de objetos están deterioradas.

En la Afasia Global todas estas capacidades están deterioradas. En la Afasia de Conducción están normales la expresión verbal y la comprensión, pero están deterioradas la capacidad para repetir oraciones y para denominar objetos. En la Afasia Anómica, están normales la fluencia verbal, la capacidad para repetir oraciones y la comprensión de lenguaje, pero está deteriorada la denominación de objetos. En la afasia Transcortical Motora está normal la comprensión y la capacidad para repetir oraciones, no la fluencia verbal y la denominación de objetos; mientras que en la Afasia Transcortical Sensitiva están normales la fluencia del lenguaje, la repetición de oraciones y están deterioradas la denominación de objetos y la comprensión del lenguaje (2) (4) (6) (10) (12) (14).

En conclusión: en el servicio de Neurología del Hospital Belén de Trujillo la frecuencia de Afasias en los Accidentes Vasculares Cerebrales es del 33%, es más frecuente en los ictus isquémicos y la forma clínica predominante es la Afasia Global.

VI. REFERENCIAS

1. **ADARRAGA, P** (1999). Afasias. Universidad Autónoma de Madrid. España.
2. **BARRAQUER-BORDÁS L.** (1974). Afasias, apraxias y agnosias. Ed. Toray S.A. Barcelona.
3. **CAPLAN D.** (1996). Language and Neuropsychiatry. In: Neuropsychiatry. Fogel B, Schiffer R and Rao S. Ed Williams and Wilkins.
4. **DAMASIO A R.** (1992). Aphasia. N. Engl. J. Med. 326: 531
5. **DONOSO A.** (1982). Evaluación Multiprofesional de las afasias. Revista Chilena de Medicina. 100: 249-251.
6. **GESCHWIND N.** (1971). Aphasia. N. Engl. J. Med. 284: 654-656.
7. **GONZÁLES MARTIN R.** (1995). Trastornos del lenguaje: Medicine. 6 (84):794-803.
8. **GOODGLASS H, KAPLAN E.** (1986). La Evaluación de la afasia y trastornos relacionados Madrid Ed. Panamericana.
9. **HERRERA Q M.** (1996). Clasificación de los pacientes con ataque cerebrovascular (ACV). Rev Per Neurol. 2: 47-54.
10. **LURIA A R.** (1989). Fundamentos de Neurolingüística. Barcelona. Ed Toray-Masson S.A.
11. **MCKENNA P.** (1997). The Category-specific names test Hove U.K. : Psychology press.

12. **MOHR JR ET AL.** (1978). Broca's Aphasia: Pathologic and Clinical. *Neurology* 28: 311.
13. **PEÑA – CASANOVA J Y BARRAQUER- BORDÁS L.** (1983). *Neuropsicología*. Barcelona Ed. Toray-Masson S.A.
14. **PEREA MV.** (2001). Clasificación del síndrome afásico. *Rev Neurol.* 32 (5): 483-488.
15. **PEREA MV, LADERA V Y ECHEANDÍA C.** (1988). *Neuropsicología. Libro de Trabajo*. Salamanca. Amarú.
16. **RODRÍGUEZ GP.** (1985). La Afasia. *Rev Medic Física y Rehabilitación. Hosp. Nac. G. Almenara I.* Oct-Dic.
17. **ROSS ED.** (1993) Nonverbal aspects of language. *Neurol Clin.* 11: 9
18. **TURNER RS ET AL.** (1996). Clinical Neuroimaging and pathologic features of progressive nonfluent aphasia. *Ann Neurol.* 39: 166.
19. **WEILLER C ET AL.** (1995). Recovery from Wernicke's Aphasia. A position emission tomographic study. *Ann Neurol.* 37: 723.
20. **WISHNANT A ET AL.** (1990). Classification of Cerebrovascular disease III. Special Report from the National Institute of Neurological Disorders and Stroke. *Stroke.* 21: 60-65.