Afasias Subcorticales

Introducción.

Dentro la afasiología, las afasias subcorticales son las que tienen menos correlaciones clinicopatológicas ya que aún se encuentran bajo estudio muchas de sus manifestaciones clínicas y localizaciones anatómicas de las lesiones. Existen dos tipos claramente identificables de afasias subcorticales a saber: Afasia por daño en los ganglios basales (núcleos caudado y putamen) abarcando las regiones de la cápsula interna y las afasias por daño en el tálamo izquierdo (dominante), específicamente en el pulvinar.

Las lesiones que producen una afasia subcortical pueden ser por oclusión vascular (trombos) o por hemorragias intracerebrales. Estos AVE (Accidentes Vasculares Encefálicos) pueden variar de tamaño y extensión.

Clasificación.

Las afasias subcorticales se clasifican en:

1. Afasia putaminal capsular anterior.
2. Afasia putaminal capsular posterior.
3. Afasia putaminal capsular global.
4. Afasia talámica.

Características.

1. Afasia Putaminal Capsular Anterior.

Este tipo de afasia puede presentar características de la afasia de Broca y Transcortical Motora. Esto es, adecuada comprensión auditiva de oraciones básicas, producción muy limitada de estructuras sintácticas (sin ser totalmente agramáticos como los pacientes con afasia de Broca), habilidades de repetición relativamente conservadas y dificultades en agilidad articulatoria tanto verbal como no verbal.

2. Afasia Putaminal Capsular Posterior.

Esta afasia puede presentar características de la afasia de Broca y de Wernicke. Se observa deficiencia en comprensión auditiva, repetición y praxias no verbales. Su rendimiento es adecuado en agilidad verbal.

3. Afasia Putaminal Capsular Global

Este tipo de afasia representa a la afasia global ya que las deficiencias se presentan tanto a nivel de comprensión como de expresión del lenguaje.

4. Afasia Talámica.

Esta afasia presenta las características de las afasias Transcortical Motora y Transcortical Sensorial. Es decir, Habilidades de repetición adecuadas, comprensión auditiva variable y una inercia en el habla conversacional.

Ahora bien existen dos características que rara vez se presenta en una afasia cortical, pero que son comunes en las afasias subcorticales: La hipofonía y un rendimiento muy variable en sus habilidades comunicativas.

Es importante destacar que la mayoría de las afasias o síndromes corticales también presentan daños a nivel subcortical. Ahora bien, las lesiones subcorticales, especialmente las talámicas producen cuadro afásicos, ya que según algunos autores (Peña Casanova y cols.) se

producirían perturbaciones de monitoreo del lenguaje que llevarían a un funcionamiento deficiente de los dispositivos corticales.

Alteraciones del Lenguaje por lesión del Tálamo.

Algunos autores han presentado algunos casos de alteraciones del lenguaje por lesión a nivel del tálamo izquierdo. Vale decir que estos casos son poco frecuentes y la patología lingüística es un poco distinta de la que se observa a nivel cortical. Dentro de las características observadas se encuentran una jerga ininteligible, ecolalias, alteraciones en la denominación y una pérdida paulatina del volumen de voz hasta llegar al silencio. Estos pacientes, si se los estimula, pueden repetir palabras, reconocerlas al dictado y realizar actividades básicas de lectura.

Los investigadores establecieron que los pacientes con alteraciones talámicas manifiestan dos estados distintos: el primero de ellos es una especie de vigilia que dura un breve tiempo y que solo se mantiene si el examinador lo estimula constantemente con estímulos lingüísticos. El segundo estado es un funcionamiento deplorable en que prácticamente no se produce el funcionamiento lingüístico.

Mohr et al. (1975) consideran que el estado de vigilia es un determinante crítico de los pacientes con hemorragias talámicas y que la jerga observada es producto de la falta de regulación de la actividad cerebral que ejerce el tálamo.

McFarling et al. (1982) también considera, tras analizar algunos casos de daños talámicos, que el tálamo desempeña una función activadora de las áreas corticales.

Ahora bien los autores no se ponen de acuerdo si las alteraciones del lenguaje observadas, se corresponden a verdaderas afasias, ya que las perturbaciones se basan más en los estados de vigilia de los pacientes. Sin embargo, los pacientes, al parecer, presentan alteraciones en funciones del lenguaje que son estables y restringidas tales como el habla fluente y la denominación.

Actualmente se considera que ambas conclusiones pueden ser verdaderas y no excluyentes, es decir, el tálamo desempeña un papel en el procesamiento del lenguaje y al mismo tiempo participa en los estados de alerta y vigilia.

Conclusiones.

Los antecedentes acumulados de lesiones subcorticales y especialmente las de origen talámica parece apuntar a un perfil lingüístico específico. Este tipo de lesiones produce un estado de alternancia entre decaimiento y vigilia que se relacionan directamente con la producción lingüística. También se ha observado que las habilidades de repetición permanecen intactas.

A pesar de lo anterior, aún es difícil determinar si las lesiones son sólo talámicas y no afectan a tractos o fibras adyacentes.

Bibliografía.

- Caplan, D. **"Introducción a la Neurolingüística y al Estudio de los Trastornos del Lenguaje"**. Madrid. Edit. Visor. 1992.

- Helm-Estabrooks, N., Albert, M. **"Manual Of Aphasia Therapy"**. Austin, Texas. Edit. Pro-ed. 1991.

- Peña, J., Pérez, M. **"Rehabilitación de la Afasia y Trastornos Asociados"**. Barcelona. Edit. Masson. 1983.

Daniel A. Silva T.
Fonoaudiólogo
Univ. de Chile