

PRESENTACIÓN DE UN CASO DE AFASIA DE CONDUCCIÓN

Autores: Dr. Gustavo Masenga

Lics. Fonoaudiólogas: Berta Derman y Natalia Elisei.

Este trabajo consta de:

- 1) Evaluación y tratamiento médico-clínico neuro-quirúrgico**
- 2) Evaluación y tratamiento de rehabilitación de la comunicación lingüística**
- 3) Comentario**
- 4) Conclusión diagnóstica**
- 5) Encuadre fonoaudiológico terapéutico rehabilitatorio**
- 6) Bibliografía.**

Expediente nº 649847; legajo nº 3141.

Agradecemos:

Al Dr. Roberto Caccuri por su orientación bibliográfica
y al Dr. José Luis Allende por su revisión .

A la buena disposición y colaboración del paciente y su grupo familiar para la realización de esta publicación.

Evaluación y tratamiento médico clínico neuroquirúrgico

Paciente de 55 años de profesión abogado, con antecedentes de tabaquismo desde los 23 años, asma bronquial desde la infancia y hepatitis.

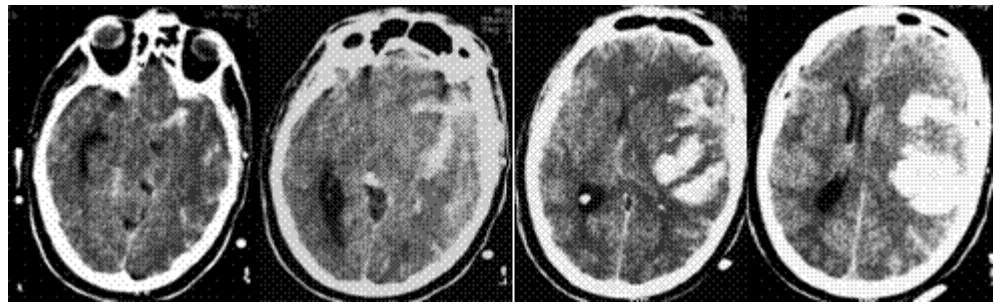
El 25/09/05, ingresó en una clínica privada (Santa Isabel) por deterioro del sensorio, vómitos, Glasgow 3-15, anisocoria por midriasis izquierda, pérdida de reflejo cocleo-palpebral, descerebración bilateral al estímulo doloroso, Babinski bilateral.

Se procedió a la intubación y sedación profunda, ARM, Manitol. Se realizó TAC que informó HSA, hematoma fronto-temporal y parietal izquierdo con desplazamiento de la línea media mayor de 1 cm. Se efectúa evacuación quirúrgica del hematoma y colocación de fibra para medición de presión intracraneal; evoluciona en coma con requerimientos de ARM prolongado.

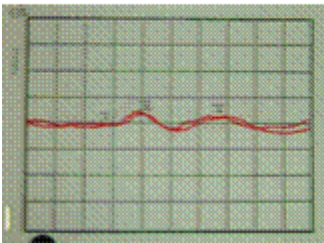
A partir del 30/10, se objetiviza apertura ocular espontánea, y respuesta a algunas consignas simples.

Se realizó angiografía cerebral, con diagnóstico de ruptura de aneurisma silviano izquierdo, procediendo a la embolización del mismo, el 30/11/05.

Se derivó a un centro de rehabilitación el 13/12/05, vigil, traqueostomizado, con respuesta errática a algunas órdenes simples, alimentado con sonda naso-enteral con bomba, movilizándolo los cuatro miembros, cicatriz de escara sacra, se realiza video deglución el 19/01/06.-Se constató que con las sustancias líquidas, había penetración y pasaje a la vía aérea superior. Con semi-sólidos, se observó penetración en el vestíbulo laringeo con reflejo tusígeno. Se descartó posteriormente y se efectuó tratamiento de rehabilitación kinésica y fonoaudiológica



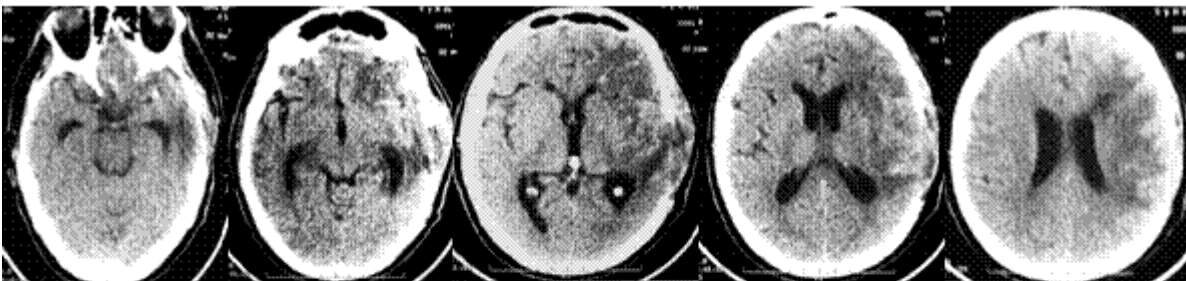
Potenciales evocados auditivos 29-10-2005



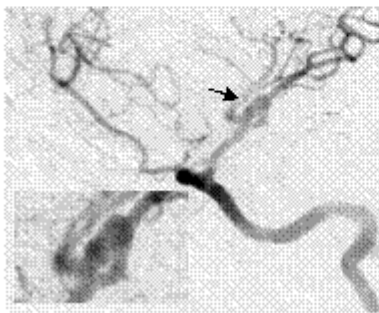
Informe:

El estímulo auditivo monoaural bilateral evoca potenciales auditivos compatibles con daño intratroncal bilateral a expensas de los segmentos III - V mas notorios en el oído izquierdo.

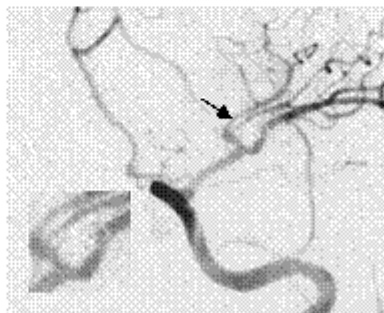
TAC de control 02-10-2005



Angiografía cerebral con embolización aneurismática 30-11-2005.



Pre embolización



Post embolización

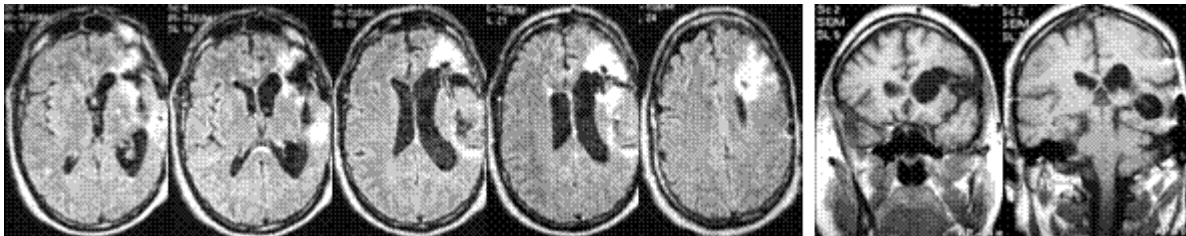
Resonancia Nuclear Magnética Cerebral 25-01-2006

Cambios post-operatorios en la región témporo-parietal izquierda, con artificios por material ferromagnético quirúrgico, que perjudica las imágenes.

Subyacente al mismo, observamos una extensa lesión córtico-subcortical hipotensa en T1 y predominantemente hipotensa en T2 y T2GE. (restos hemáticos crónicos) y tejido con señal hipertensa en densidad protónica, T2 y T2GE. (Gliosis), asociado a dilatación por retracción de los espacios sub-aracnoideos corticales y del ventrículo lateral izquierdo dilatado.

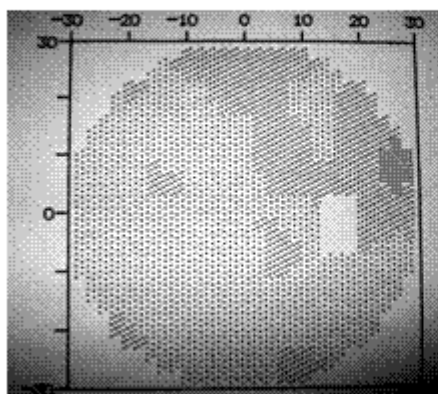
El resto del sistema ventricular, las cisternas basales y espacios sub-aracnoideos corticales, sin alteraciones ni desplazamientos.

No observamos señales con las características de las isquemias agudas en las secuencias de difusión.

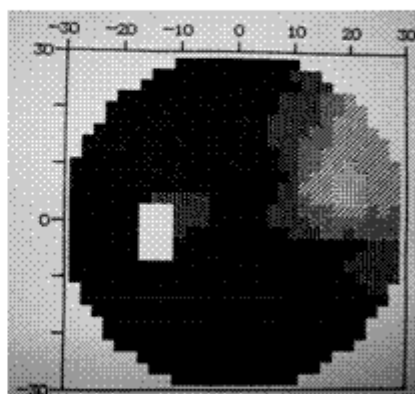


Dr. Gustavo Masenga

Campo visual



Ojo Der.



Ojo Izq.

Estudio con evaluación y tratamiento de rehabilitación de la comunicación lingüística

Desde diciembre de 2005, ingresa a otra clínica de rehabilitación, recibiendo tratamiento kinésico, T.O y fonoaudiológico.

Su lenguaje se manifestó verborrágico, con neologismo y todos los síntomas que muestran fallas inhibitorias, con comprensión que supera a la elocución.

A partir del 03/01/06, se comenzó el tratamiento de rehabilitación del lenguaje diariamente en una clínica especializada estando el paciente vigil y pasivamente colaborador. Se inició un estudio semiológico de manera informal con material concreto y figurativo, láminas para explorar su comprensión verbal (preguntas sobre su nombre, ubicación de algunos objetos y lugares de la habitación). Las respuestas por señalamiento demostraban el estado de su comprensión verbal simple. Su elocución era muy dificultosa por trastornos de articulación de la palabra y voz de intensidad descendida y escasa duración por su presumible

entubamiento.

Se efectuaron pruebas de praxias vegetativas durante la alimentación, y de praxias imitativas orofaciales. A los 15 o 20 minutos de iniciada la sesión, se observaban signos de fatiga manifestados por bostezos, ecolalias, perseveraciones y leve babeo.

En febrero del 2006 se inició el tratamiento en su hogar, al principio diariamente, con duración de las sesiones en relación con las manifestaciones de fatiga.

Se comenzó a trabajar con pruebas semiológicas de las etapas cronógenas de la afasia sindrómica secuelar, de nuestra autoría, complementado con algunos ítems del Minimental test, del test de Boston, de Montreal-Toulouse adaptado en nuestro país.

RESULTADOS:

En el primer estudio formal los resultados del test de nuestra autoría, correspondieron a la etapa sub-aguda, perfilándose una afasia mixta tipo Wernicke y Brocca, con componentes apráxicos orofaciales. La comprensión superaba a la elocución en el plano de representación sensoperceptiva

(objetos concretos y láminas). En el plano verbal puro, existía la misma relación: comprensión mejor que la elocución y se insinuaba dificultad para repetir vocales y bisílabos, síntomas que se consideraba provocados por la duración del tiempo de entubamiento. Por tal motivo se efectuó un estudio objetivo de la voz, y tratamiento de terapia vocal para mejorar su fonación, con muy buenos resultados.

A los tres meses aproximadamente de iniciado el tratamiento de rehabilitación del lenguaje, transitaba entre la etapa sub-aguda y de estado, con disminución gradual de la fatiga y mayor capacidad para tolerar el aumento de la duración de las

sesiones, que pasaron de diarias a tres veces por semana. Se le indicaba una ordenada tarea a realizar sin ayuda hasta la sesión siguiente. A partir de allí se aplicó un tratamiento con didáctica inductiva-deductiva sin ayuda psicológica por negarse el paciente a recibirla. Se aconsejó el apoyo psicológico para disminuir el posible advenimiento de la minusvalía o desventaja, por lo cual le rehabilitadora y la familia recibían consejo psicológico.

Estado actual:

El paciente atraviesa el período intermedio de estado y el secular pre-laboral con la siguiente sintomatología: comprensión verbal en los planos de representación senso-perceptiva y verbal puro, con lenguaje dialogado fluido, muy buena prosodia, y la elocución morfo-sintáctica satisfactoriamente conservada.

El grafismo alfabético y la capacidad pictográfica también están conservadas, con buen dibujo imitado, copiado o imaginado, que usaba para sustituir sus anomias, lo cual demostró que las fallas mnésicas son específicamente lingüísticas, tanto para la memoria inmediata como para la mediata; los errores no eran reconocidos por el paciente.

La ortografía presentaba frecuentes fallas de evocación de grafemas. Aún hoy, la lectura supera a la capacidad ortográfica.-.

Aunque mejoró la capacidad para repetir vocales, sonidos consonánticos, continúa la dificultad para repetir palabras mono, bi y polisilábicas.

Los símbolos numéricos orales y escritos son satisfactorios. Hay discalculia oral y escrita (síndrome de Gershman).

Resumen semiológico

Secuela de síndrome afásico-anártrico, con dificultad para la memoria inmediata, oral y evocativa, ortográfica y aritmética, descrita en la típica afasia de conducción por diversos autores, citados en el comentario.

En nuestro paciente la memoria inmediata (a corto plazo de trabajo, o primaria), se manifestaba por la dificultad para repetir palabras y a largo plazo o secundaria, caracterizada por anomias.

Comentario

En nuestro país, en 1933, el profesor V. Dimitri, jefe del Servicio de Neurología del Hospital Alvear, de Buenos Aires, sobre una presentación de doce pacientes seguidos por varios años, menciona dos de esos casos como “afasia de conducción por lesión de las fibras de asociación” verificadas en estudios post-mortem.

Norman Geschwind en su libro sobre “Disconnexion síndromes in animales and men” realiza una revisión citando que:

- Wernicke en 1874 correlacionó conexiones de las áreas de Wernicke en el giro de la primera temporal y el área de Broca en el giro frontal. Este autor afirmaba que en la autopsia de la afasia de conducción encontró lesiones en la zona de la ínsula.
- Luria denominó a la afasia de conducción “Afasia motriz aferente cinética”.
- K.Goldstein la denominó “Afasia central”.
- Von Monakow en sus escritos enfatizaba la importancia del “fascículo arcuato” para la conexión de las áreas de Wernicke con las de Broca.
- Von Bonhoeffer en 1914 describió un caso con hemiplejía derecha que presentaba algunas dificultades en la comprensión, problemas en la elocución, lecto-escritura, imitación de palabras y gestos. En el

estudio post-mortem del paciente, se encontró infarto que incluía a las partes de los girus frontal y anteriores y el lado izquierdo del cuerpo calloso.

Kurt Golstein entre los años 1927 y 1948, denominó a la afasia de conducción, “afasia central”.

Weepman y Pappenhein pensaban que la afasia de conducción es una variable de la afasia central.

Potzl y Stengel en 1936 presentaron un estudio de la afasia de conducción.

Stengel, en 1961, encontró en estudios post-mortem, alteraciones de la zona del fascículo arcuato.

Konorsky, en el mismo año, presentó un trabajo en un congreso en Roma y lo describió con características semejantes a la afasia de conducción.

Kleist, en 1962, argumentó que la afasia de conducción se presenta en pacientes que han tenido destrucción en el área temporal izquierda y presentó cuatro casos que sostienen su tesis.

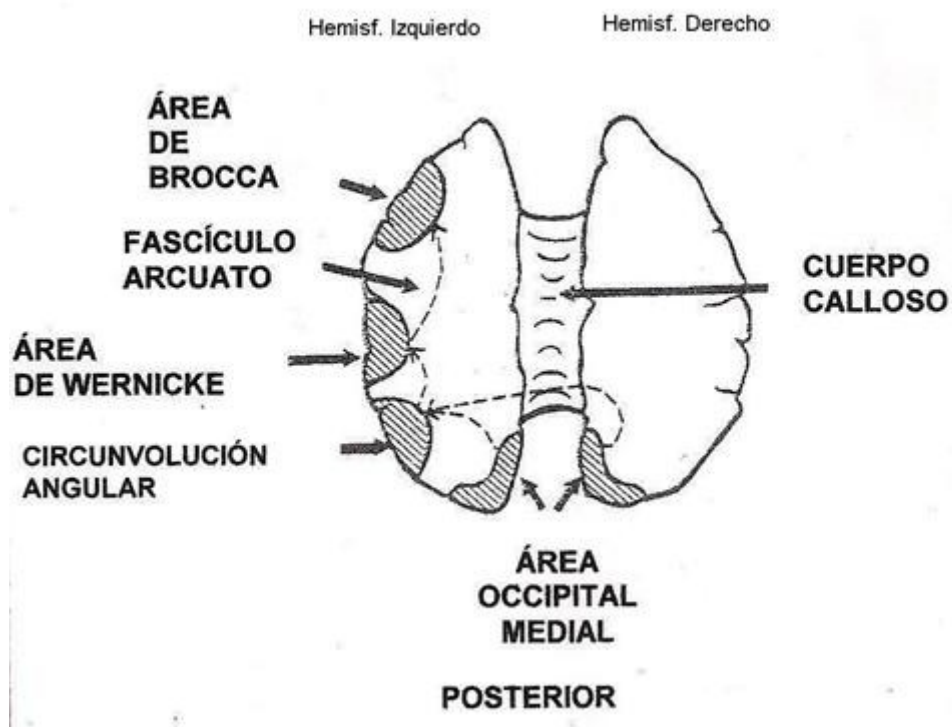
FASCÍCULO ARCUATO

VISTA DE FRENTE

ANTERIOR

Esquema cerebral representando la dinámica en las funciones neurolingüísticas

basándose en el modelo Wernicke-Geschwind



ÁREA DE WERNICKE

- *Extraído del libro "Dislexia. Teoría, examen y clasificación desde una teoría neuropsicológica". Autores George W. Hynd y Morris Cohen. Edit. Panamericana. Bs. Aires. Cap. III. Pags 73 y 90*

Conclusión diagnóstica: Nuestro paciente muestra las características sintomáticas, neurolingüísticas y topológicas subyacentes, coincidentes con la típica afasia de conducción descrita por los autores que hemos citado, corroborado por los estudios y terapia neuroquirúrgica realizados por el Dr. Masenga.

Otros medios consultados coinciden en que el área de Wernicke está conectado con el área de Brocca por el haz de fibras llamado "fascículo arcuato" que recibe

fibras de la corteza occipital y temporal superior. coincidiendo con los escritos de Norman Gheswind

Encuadre fonoaudiológico terapéutico rehabilitatorio

Acorde con los resultados de la evaluación diagnóstica patogénica expondremos un breve encuadre y planificación terapéutica rehabilitatoria .

1. Proyecto terapéutico fonoaudiológico rehabilitatorio.
2. Plan del mismo con Objetivos Generales y Específicos, Contenidos Temáticos, (según el tipo y grado de severidad de las variables afásicas y/o funciones subyacentes).
3. Indicaciones didácticas generales para la etapa cronógena que atraviesa el paciente.
4. La metodología pedagógica y la técnica didáctica a utilizar se aplicaron según la patogenia de los trastornos de aprendizaje del paciente.

El resumen del encuadre general fonoaudiológico terapéutico rehabilitatorio, para este paciente fue el siguiente:

El Proyecto del tratamiento rehabilitatorio apuntaba a mejorar las características de la voz, apuntalar la comprensión y la elocución en ambos planos.

La Planificación tenía como objetivo maximizar las condiciones para su incorporación social y reingreso laboral, orientado hacia su profesión como objetivo general. Los objetivos específicos fueron mejorar las condiciones de reaprendizaje, respetando sus problemas de fatigabilidad y sus carencias comunicacionales.

Los Contenidos Temáticos fueron intensificados para la lectura oral y comprensiva, la escritura ortográfica (espontánea y por dictado) y la capacidad del cálculo.

La Didáctica aplicada consistió en la lectura diaria de las noticias de periódicos, revistas, uso

del diccionario para la estimulación semántica, a partir de una lista de palabras que presentaban dificultades para sus anomias, y lectura de algunos textos literarios de su interés, extraídos de los portadores de información actuales y de revisionismo pre-mórbido, todas ellas actividades útiles para la estimulación de la memoria. Se estimuló su sociabilidad con paseos familiares y con amistades que se fueron acrecentando en forma gradual.

La Metodología fonoaudiológica terapéutica rehabilitatoria no es fija sino adecuada a la personalidad, profesión, nivel cultural y edad, respetando siempre sus intereses y motivación.

La Periodicidad fue en la segunda etapa del tratamiento, tri semanal y actualmente bi semanal; la duración de las sesiones son de 1 hora a hora y media según su motivación

La Frecuencia de la 1ª etapa del tratamiento, (etapa sub-aguda) iniciada desde diciembre de 2006 a marzo de 2007, era diaria, con duración de las sesiones acorde con su fatigabilidad.

En la 2ª etapa de recuperación (período de estado), el tratamiento fue trisemanal, con 1 hora a 1,15 de duración. Actualmente la frecuencia es de 2 veces semanales, de 1,30 horas de duración.

A medida que mejora su sintomatología, acorde con los resultados del mapeo del lenguaje, se hará un seguimiento una vez por semana, con la misma duración, luego controles quincenales, mensuales y trimestrales.

Dichos controles deben seguirse hasta después del final del tratamiento, para vigilar la posible aparición de otros síntomas intercurrentes.

En general, en los adultos, conviene siempre un seguimiento con monitoreo.

Bibliografía

Citrinovitz J. "Aspectos generales y rehabilitación de los trastornos del

Lenguaje de origen vascular" Actas del 3er. Congreso de

Neurología de la República Argentina. Bs. As. Pag.135 q 139

Derman B. Citrinovitz J. Azcoaga J. y colaboradores “Fisiopatología de los trastornos de la comunicación en los afásicos y su repercusión en el reaprendizaje y rehabilitación” Actas del 3er. Congreso de Neurología de la Rep. Argentina. Bs. Aires, Pág. 263 a 268.

**Dimitri V. “Afasias. Estudio anátomo-clínico” Edit. El Ateneo. Bs. Aires 1933
Pág. 12 a 15.**

**Ducarne Ribancourt “Reeducacion semiológica de la afasia” Edit. Masson
S.A. Bs. Aires. 1989. Pág. 95**

**Estabrooks Nancy H.- Albert Martin L. “Manual de terapia de afasia”. Edit.
Medica Panamericana. Madrid. 1994 Cap.2, Pág. 27**

**Geshwind Norman “Desconnexion syndromes in animals and men”· Boston
Universital Medical School, parte. II. Co VI 1984**

**Love Russell J. – Love Webb Wanda “Neurología para los especialistas del
habla y lenguaje” Edit. Médica Panamericana. Bs. Aires Secc X,
Pág. 182 a 191 – Año 1994**

**Moyer K.E. “Neuroanatomía”. Nueva Editorial Interamericana. Méjico. D.F.
1983. Sección 38. Pág. 112, 113 114 .115.**

**Santos Borregon – González Calvo Agustina: “La afasia, diagnóstico y
tratamiento Edit. Cepe. Madrid. 2000 parte I, Cáp., 2.1 2.1**

**Tamaroff Dr. L. y Alegri Dr. R.F. “Introducción a la neuropsicología clínica”
Edic. Libros de la Cuadriga. Bs. As. Argentina. 1995. Pág.137.**