

AFASIA DE ORIGEN TRAUMATICO

Estudio de 70 casos

*Dres. R. COSTA ARDUZ, C. MENDILAHARSU
y E. BONINO*

La comunicacion que efectuamos se encuentra referida al estudio que hacemos de 70 pacientes, seleccionados de un grupo de 250 traumatizados de cráneo. El criterio de selección obedece a la presencia de trastornos del lenguaje que presentan los mismos. Todos ellos fueron observados en el Instituto de Neurología del Hospital de Clínicas y su asistencia al Laboratorio del Lenguaje se realizó durante su internación y en 45 casos se siguió la evolución mediante consultas de policlínica. La totalidad de los casos tuvieron una evolución vital favorable.

El estudio de cada uno de los pacientes está ajustado a un plan semiológico especializado, junto a una exploración psicológica mediante tests:

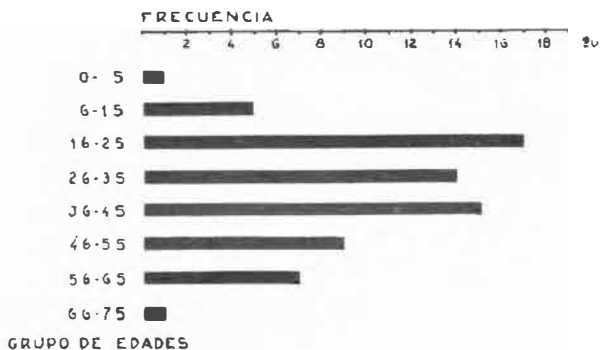
- 1) de inteligencia, que estudian el rendimiento intelectual y el grado de deterioro, especialmente el grado de alteración de la capacidad de abstracción; y
- 2) de personalidad para objetivar las alteraciones mórbidas postraumáticas de la misma.

Por la gráfica N° 1 se ve que el mayor porcentaje recae en las edades comprendidas entre los 15 y los 35 años. El sexo masculino tiene una clara predominancia, 97,1 %.

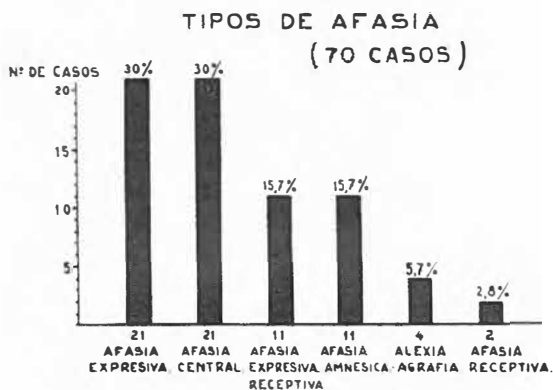
La causa productora del T. E. C. fue, en la mayoría de los casos, debido a un accidente de circulación (automóvil, motocicleta, atropellados, etc.) en el 34,2 %, le siguen en frecuencia y a igual porcentaje las caídas (de su altura, de caballo, escalera) 15,7 %, y traumatismos directos (coz de caballo, golpe de piedra, botella, etc.) en el 15,7 %, las heridas de bala en el 7,1 % y otras causas 2,8 %; en el 24,2 % no se pudo identificar o esclarecer el tipo o carácter del trauma.

Bajo el concepto neurológico uniforme de que no es esencialmente el tipo anatómico de la lesión el que determina la afasia, sino su localización, se hizo un estudio comparativo entre la forma clínica del disturbio del lenguaje y la localización le-

DISTRIBUCION DE ENFERMOS POR GRUPO DE EDADES

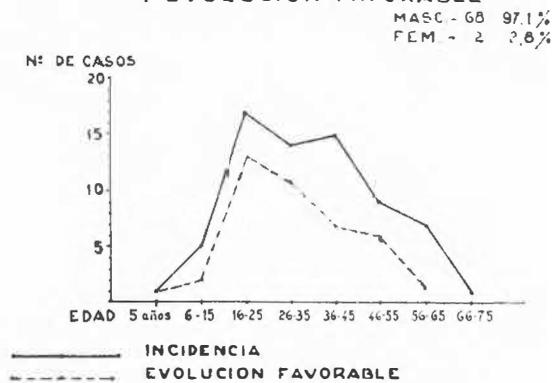


Gráfica
Nº 1.



Gráfica
Nº 2.

RELACION ENTRE EDAD DE LOS ENFERMOS Y EVOLUCION FAVORABLE



Gráfica
Nº 3.

sional, determinando ésta, mediante métodos auxiliares (arteriografía, electroencefalografía) o por la referencia del protocolo quirúrgico.

Contrariamente a los criterios clásicos que establecían una correlación estricta entre la estructura anatómica lesionada y la forma del déficit lingüístico, se sostiene actualmente una tesis localizacionista moderada que admite en la afasia de tipo expresivo lesiones de la parte anterior del área del lenguaje, y en las afasias receptivas o con disturbios más o menos aislados del lenguaje interior, lesiones de la parte posterior de dicha área.

En nuestra serie este hecho se verificó en líneas generales, especialmente en las afasias receptivas y en los que presentan disturbios del lenguaje interior.

La nomenclatura utilizada corresponde a la clasificación de Weisenburg y Mc. Bride, útil por su disposición didáctica, al que agregamos la afasia central de Goldstein.

Esta forma clínica corresponde a un tipo de disturbio lingüístico centrado por el compromiso del lenguaje interior.

Los porcentajes son mostrados de acuerdo a la gráfica N^o 2.

Se hizo un intento de establecer relaciones entre la intensidad del traumatismo, determinado por la gravedad clínica, así como por la entidad de la lesión y el carácter evolutivo favorable. Los resultados son aparentemente discordantes, ya que se vio regresiones aún en traumas de entidad, aunque siempre en jóvenes. Sin embargo, no hay correspondencia entre pequeños traumas o solo contusión con cuadros no regresivos.

Es evidente pues, que el factor intensidad del trauma no puede correlacionarse aisladamente con el carácter evolutivo regresivo, independientemente de la localización lesional y de la edad del paciente.

El lenguaje no sólo es una actividad que depende del funcionamiento armónico de estructuras cerebrales amplias (considerando en este sentido como actividad intelectual), sino que es, además, un "instrumento" sostenido por un área cerebral especializada.

La lesión aún extensa de zonas encefálicas fuera del área de lenguaje no produce afasias, mientras que pequeñas lesiones en dicha zona perturban la función lingüística. Sin embargo, y en líneas generales, la extensión lesional es importante del punto de vista evolutivo: cuanto más actúe el factor pérdida de masa cerebral en el sentido de Lashley, más incompleta será la recuperación. La edad avanzada, es decir, el compromiso del resto del encéfalo (arterioesclerosis, senilidad), actúa en el mismo sentido.

Es concluyente el hecho de que las personas jóvenes evolucionan favorablemente en la mayoría de los casos. Se hicieron controles en 45 pacientes, con más de una entrevista y con excepción de uno, la evolución fue favorable.

En todos los pacientes en que se logró nuevas entrevistas, se coadyuvó mediante la reeducación del lenguaje.

CONCLUSIONES

1) No hay correspondencia estricta entre forma clínica de afasia y tipo anatómico lesional.

2) En todos los casos en que aparecen perturbaciones de lenguaje postraumáticas, existen lesiones del hemisferio izquierdo.

3) No es posible correlacionar aisladamente la intensidad de la lesión con el carácter regresivo del disturbio afásico, sin tener en cuenta la localización lesional y la edad del paciente.

4) La regresión de los trastornos del lenguaje está en relación con la edad de los pacientes, siendo de mejor evolución la que se presenta en pacientes jóvenes con cerebros hasta el momento sanos.