






Presentación de Caso

Evaluación neuropsicológica de un caso de afasia de Wernicke

Neuropsychological evaluation of a case of Wernicke's aphasia

Natalia Cortés Corona¹  
Ana Natalia Seubert Ravelo¹ 

¹Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
Ciudad de México, México.

Recibido: 17/1/2021
Aceptado: 23/3/2021

RESUMEN

Introducción: Este caso ilustra un glioblastoma multiforme que generó una afasia. Si bien la afasia suele ser secuela de un evento vascular cerebral, se ha reportado estar presente tras una lesión tumoral; lo que hace valioso el presente caso y ejemplifica la importancia de la neuropsicología en la enfermedad oncológica.

Objetivo: Presentar un caso clínico que ilustre como una lesión tumoral puede causar una sintomatología cognoscitiva.

Presentación del caso: Tras identificar una lesión tumoral intraaxial en la región temporoinisular izquierda mediante una resonancia magnética estructural, la paciente fue sometida a una biopsia y resección tumoral. Se solicitó una evaluación



neuropsicológica prequirúrgica. A partir de la aplicación del Test Barcelona breve, se identificó un lenguaje fluente con agramatismos, parafasias fonológicas y literales en el lenguaje espontáneo, en la repetición y en la denominación, paragrafías fonológicas, contenido informativo disminuido y dificultades en la comprensión de frases; sugiriendo una afasia de Wernicke. Se ha descrito una correlación anatómica entre una lesión en la zona posterior del giro temporal superior y la afasia de Wernicke, como se observó en el caso. Específicamente, la paciente presentó una afasia de Wernicke tipo I y II debido al correlato anatomo-funcional y la presencia de un habla fluida, agramatismos y parafasias.

Conclusiones: La lesión oncológica relativamente pequeña de la paciente, generó una sintomatología cognoscitiva florida y súbita. A partir de una evaluación neuropsicológica se identificó la presencia de una Afasia de Wernicke.

Palabras clave: glioblastoma multiforme; evaluación neuropsicológica; afasia de Wernicke.

ABSTRACT

Introduction: This case illustrates a glioblastoma multiforme that generated aphasia. Although aphasia is usually a sequel of a cerebral vascular event, it has been reported to be present after a tumor lesion; which makes the present case valuable and exemplifies the importance of neuropsychology in oncologic disease.

Objective: To present a clinical case that illustrates how a tumor lesion can cause cognitive symptomatology.

Case presentation: After identifying an intra-axial tumor lesion in the left temporoinsular region by structural MRI, the patient underwent tumor biopsy and resection. A pre-surgical neuropsychological evaluation was requested. From the application of the Barcelona Brief Test, a fluent language with agrammatisms, phonological and literal paraphasias in spontaneous language, repetition and naming, phonological paraphrasies, diminished informative content and difficulties in sentence comprehension were identified; suggesting Wernicke's aphasia. An anatomical correlation has been described between a lesion in the posterior superior temporal gyrus and Wernicke's aphasia, as observed in the case. Specifically, the patient presented with Wernicke's aphasia type I and II due to the anatomofunctional correlate and the presence of fluent speech, agrammatisms and paraphasias.

Conclusions: The patient's relatively small oncologic lesion generated a florid and sudden cognitive symptomatology. A neuropsychological evaluation identified the presence of Wernicke's aphasia.

Key words: glioblastoma multiforme; neuropsychological evaluation; Wernicke's aphasia.



Introducción

El glioblastoma multiforme (GM) es un glioma difuso de base astrocítica con un crecimiento infiltrante extremadamente rápido, considerado como un grupo de tumores genética y fenotípicamente heterogéneos⁽¹⁾ que representa el 45, 2% de los tumores primarios del sistema nervioso central (SNC).⁽²⁾ Tienen un grado IV, según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud,⁽³⁾ es decir, neoplasias malignas y agresivas del SNC. Suelen diagnosticarse en edad avanzada, con una media de edad de 65 años⁽³⁾ y acostumbran localizarse en la región supratentorial: lóbulos frontal, temporal, parietal y occipital.⁽⁴⁾

El pronóstico del GM es desfavorable y presenta una estimación de supervivencia relativa baja, pues pocos pacientes alcanzan una sobrevida de 2,5 años y menos del 8 % de los pacientes sobreviven 5 años después del diagnóstico.⁽²⁾ Se ha reportado que entre el 49-55 % de pacientes con GM pueden presentar déficits cognoscitivos, principalmente en memoria, velocidad de procesamiento y velocidad psicomotora, tiempo de reacción, atención y flexibilidad cognitiva.⁽⁵⁾ Si bien la afasia es una secuela común en los eventos vasculares cerebrales,⁽⁶⁾ no es la secuela más común en el contexto de las lesiones tumorales, no obstante, existen algunos casos reportados.⁽⁷⁾ El presente reporte permite ejemplificar la importancia de la neuropsicología en el abordaje de pacientes oncológicos, al igual que ilustra cómo una lesión tumoral puede causar una sintomatología cognoscitiva florida.

Presentación del caso

La paciente fue referida a evaluación neuropsicológica por el servicio de Neurocirugía en agosto del 2017. Mujer de 63 años, con escolaridad de secundaria trunca (7 años), lateralidad diestra, soltera y ama de casa. El español era su lengua materna y no requería de ayudas externas como anteojos o aparatos auditivos.

Se desconocen los antecedentes heredofamiliares debido a que la paciente fue separada de su familia a muy corta edad. No se reportaron antecedentes personales patológicos relevantes.

Respecto a los antecedentes no patológicos, la paciente y su hija refirieron que antes de la hospitalización (15/8/2017) la paciente era independiente en sus actividades diarias, cuidando ella misma de su higiene, su alimentación y su transportación. También realizaba actividades domésticas de manera autónoma.

Sobre el desarrollo del padecimiento, su hija refirió que, en agosto de 2016, la paciente comenzó a presentar aparentes olvidos repentinos, pero después de unos segundos era capaz de recordar la información. Estos olvidos se fueron agudizando durante el siguiente año, aunque no se identificaban señales de alguna afectación o enfermedad en ese momento. En agosto de 2017, la hija describe que al llegar a casa encontró a la



paciente con un malestar, pero le fue difícil comprender la situación ya que la paciente presentó un lenguaje ininteligible, por lo que no era capaz de explicar qué le sucedía. La paciente fue llevada a un hospital privado, donde se le realizó una tomografía axial computarizada y una resonancia magnética estructural, las cuales mostraron una lesión ocupante intraaxial en el hemisferio cerebral izquierdo. Se decidió continuar con el seguimiento del caso en un hospital público, en el que se le realizó nuevamente una resonancia magnética estructural que mostró una lesión sugerente de GM en la región temporo-insular izquierda (Fig. 1). Dados los hallazgos de neuroimagen, se programó una intervención quirúrgica para toma de biopsia y resección de la lesión tumoral. En ese momento se inició el tratamiento con dexametasona, un antiinflamatorio esteroideo, para disminuir el edema generado por la lesión tumoral.

Luego de iniciado el tratamiento farmacológico con esteroides, la hija notó una mejoría discreta del lenguaje; sin embargo, la dificultad en la comunicación continuó siendo notoria, por lo que se solicitó una evaluación neuropsicológica prequirúrgica para valorar la afectación cognitiva derivada de la lesión tumoral. Cabe destacar que el análisis histopatológico a partir de la biopsia realizada confirmó el diagnóstico de GM.

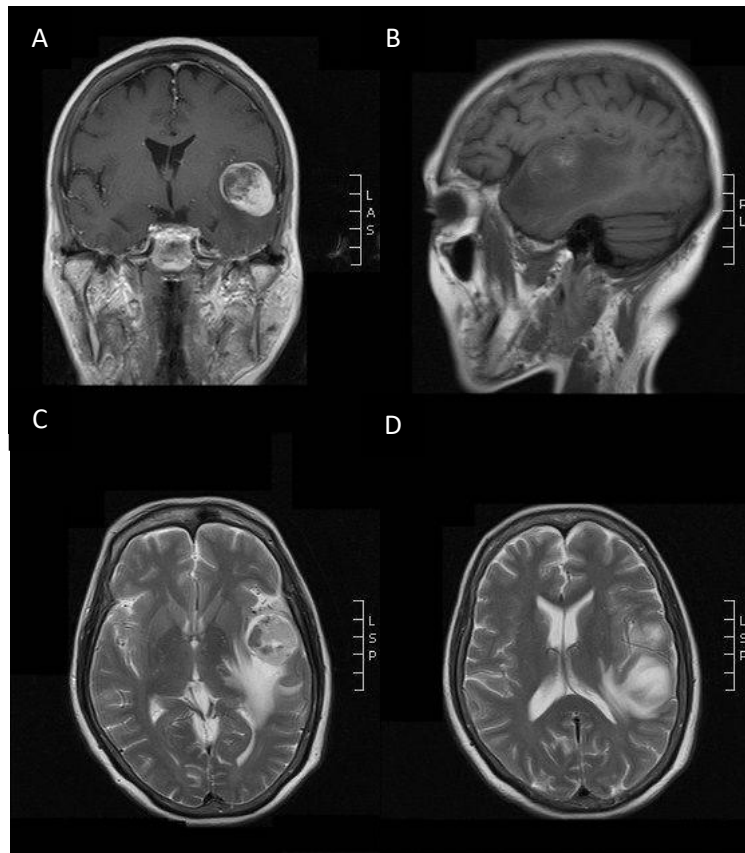


Fig. 1 - Estudio de imagen por resonancia magnética estructural. A) en secuencia T1 con gadolinio en corte coronal en el que se observa lesión tumoral intra-axial que afecta la región temporoinsular izquierda. B) Secuencia T1 simple en corte sagital en la que se



observa lesión tumoral en el giro temporal superior izquierdo con imágenes hipointensas peritumorales sugestivas de edema que afecta el giro angular y supramarginal, así como el polo temporal izquierdos. C) y D) Secuencia T2 en cortes axiales en las que se observa lesión tumoral afectando lóbulo temporal anterior e ínsula izquierda, además de importante edema perilesional cortical y subcortical hacia la región posterosuperior del lóbulo temporal y parietal izquierdos.

Evaluación

Dadas las características del caso, se decidió realizar la evaluación neuropsicológica utilizando el Programa Integrado de Evaluación Neuropsicológica Test Barcelona en su versión breve.⁽⁸⁾ La evaluación se realizó bajo normas éticas universales según la *Declaración de Helsinki*.⁽⁹⁾

Cabe señalar que por la premura de tiempo para realizar la evaluación neuropsicológica antes de la intervención quirúrgica y, siendo las alteraciones en el lenguaje la principal manifestación clínica, se decidió hacer énfasis en aquellas subpruebas del Test Barcelona que evalúan los diversos aspectos del lenguaje. La tabla 1 muestra las subpruebas aplicadas y los resultados cuantitativos obtenidos por la paciente.

Tabla 1 - Perfil de la paciente en el Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica en su versión breve

| 50 - 70 años, escolaridad media (7,88 - 2,23) subprueba | Percentiles Inferior | 10 Min | 20 | 30 | 40 50 60 70 Medio | 80 90 95 Máximo | PD |
|--|-------------------------|-----------|----|-------------|----------------------|--------------------|----|
| Fluencia y gramática | 0 2 4 6 9 | | | | | 10 | 6 |
| Contenido informativo | 0 2 4 6 9 | | | | | 10 | 4 |
| Orientación persona | 0 2 3 4 5 | 6 | | | | 7 | 7 |
| Orientación lugar | 0 1 2 3 | 4 | | | | 5 | 4 |
| Orientación tiempo | 0 5 11 16 21 | | 22 | | | 23 | 23 |
| Repetición de logatomos | 0 1 2 3 6 | 7 | | | | 8 | 4 |
| Repetición palabras | 0 2 4 6 9 | | | | | 10 | 8 |
| Denominación imágenes | 0 4 6 9 10 | 12 | 13 | 1 | | 14 | 11 |
| Denominación imágenes t | 0 8 16 25 35 | 36 39 | 40 | 41 | | 42 | 33 |
| Respuesta denominando | 0 2 3 4 5 | | | | | 6 | 5 |
| Respuesta denominando t | 0 5 9 13 16 | 17 | | | | 18 | 15 |
| Evocación categorial de animales | 0 2 5 7 9 | 10 13 | 14 | 16 17 20 22 | | 25 27 31 | 13 |
| Comp. de palabras | 3 6 9 11 | | | | | 12 | 8 |
| Comp. palabras t | 9 18 26 35 | | | | | 36 | 24 |
| Comp. realización órdenes | 0 1 4 9 14 | 15 | | | | 16 | 6 |
| Material verbal complejo | 0 1 2 4 6 | 7 | | 8 | | 9 | 5 |
| Material verbal complejo t | 0 4 6 12 18 | 19 21 | | 23 24 | | 25 26 27 | 14 |
| Lectura logatomos | 0 1 2 3 5 | | | | | 6 | 5 |
| Lectura logatomos t | 0 1 3 10 14 | 15 | | | | 18 | 15 |
| Lectura texto | 0 15 30 45 50 | 55 | | | | 56 | 56 |



Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución–NoComercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.

| | | | | | | |
|--------------------------|------------|-------|----|----------|-------|----|
| Comp. logatomos | 0 1 2 3 | 5 | | | 6 | 6 |
| Comp. logatomos t | 0 4 6 9 14 | 15 16 | 17 | | 18 | 13 |
| Comp. frases y textos | 0 1 2 3 5 | 6 7 | | | 8 | 5 |
| Comp. frases y textos t | 0 1 3 4 5 | 15 17 | 18 | 20 21 22 | 23 24 | 9 |
| Mecánica de la escritura | 0 1 2 3 4 | | | | 5 | 3 |
| Dictado logatomos | 0 2 3 4 | 5 | | | 6 | 2 |
| Dictado logatomos t | 0 2 4 8 10 | 11 12 | 13 | 15 16 17 | 18 | 5 |

Notas: t, tiempo; Comp., comprensión. El color rojo indica puntuaciones inferiores a lo esperado según su edad y escolaridad; el color amarillo sugiere puntuaciones mínimas a lo esperado, mientras que el color verde indica puntuaciones esperadas.

Fuente: Peña.⁽⁸⁾

La evaluación neuropsicológica demostró la presencia de un lenguaje fluido con adecuada prosodia y ritmo, no obstante, manifestó diversas alteraciones formales, como agramatismos (por ejemplo, "una paraguas" x un paraguas) y transformaciones afásicas de tipo parafasias tanto fonológicas (por ejemplo, "pantella" x pantalla) como literales (por ejemplo "libro" x refri). Si bien la paciente era capaz de transmitir algunos mensajes clave, su contenido informativo se vio disminuido por los signos afásicos ya descritos. Cabe destacar que la transmisión de contenidos mejoraba al hacerle preguntas cerradas o dirigir su discurso.

El habla automática se mantuvo preservada con la capacidad de expresar secuencias hiperaprendidas (por ejemplo, días de la semana), las cuales suelen ser más resistentes a alteraciones cerebrales.⁽¹⁰⁾

La comprensión de las palabras, frases y seguimiento de instrucciones se encontró alterada, lo que sugiere alteración en la comprensión de elementos semánticos y sintácticos. Por ejemplo, presentó fallas al parear sustantivos, verbos y números con sus imágenes representativas (por ejemplo, solicitar el señalamiento del "7" y señalar "700"), lo que sugiere una dificultad en el sistema lexical de recepción auditiva para comparar la información aferente con las características de las palabras conocidas y almacenadas en el sistema semántico. Además, presentó una falla en el análisis y síntesis de las estructuras gramaticales simples y complejas observada por el inadecuado seguimiento de instrucciones (incluso simples) y un mayor número de fallas de comprensión al utilizar estructuras gramaticales de mayor complejidad.

De manera particular en la comprensión de frases se observó una dificultad para detectar el contenido semántico, al mantener solo la comprensión de palabras contenido y no la semántica dada por la integración global con las palabras función (por ejemplo, asociar "peluquería" con una persona que corta el cabello y el bigote, tomando como palabras clave solamente cabello y bigote).

En cuanto a la repetición, se hallaron múltiples parafasias fonológicas, especialmente en la repetición de sílabas (por ejemplo, ta por "pa") y logatomos (por ejemplo, sotupo por "kalupo"), lo que indica mayor alteración de la vía sublexical para la repetición, que implica la conversión acústico-fonémica y que podría estar más afectada por



Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución-NonComercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.

dificultades en la discriminación fonémica. Si bien la repetición de palabras se halló más conservada, lo que supone un mejor funcionamiento de las vías lexicales, igualmente presentó parafasias fonológicas (por ejemplo, “remormidiento” por remordimiento). Es posible que estos errores se debieran a las dificultades en la discriminación fonémica, o bien a una falla en la organización de los patrones fonémicos correspondientes a las unidades suprafonémicas en el procesamiento lexical.⁽¹⁰⁾

Se observó una leve dificultad en la denominación, tanto por confrontación visual como verbal. En la mayoría de los casos la incapacidad para denominar adecuadamente se dio por la presencia de parafasias fonológicas y semánticas (por ejemplo “escarpa” por carpa y “caminar” x apuntar). Sin embargo, después de varias aproximaciones era capaz de llegar a la palabra correcta. Solo en una ocasión la paciente fue incapaz de denominar un objeto, no obstante, no sabía qué era (imagen de una grúa), lo que sugiere más bien un problema de acceso al almacén semántico más que una anomia.

En cuanto a la escritura, si bien el aspecto mecánico fue aceptable, ya que presentaba trazos firmes y legibles y un tamaño de letras constante y adecuado, respetando espacios entre letras y palabras, queda la interrogante de una posible deformación de su letra, ya que no se contaron con ejemplos anteriores de su escritura para comparar con la escritura de la evaluación. La escritura de patrones más automatizados, como su nombre, fue adecuada. No obstante, tanto en la escritura a la copia (Fig. 2) como en la escritura espontánea y en el dictado de logatomos (Fig. 3), se hallaron paragrafías fonológicas similares a las parafasias fonológicas que presenta en el lenguaje espontáneo y la repetición de logatomos (por ejemplo “cinamo” por sinapo). Estos errores son sugestivos de alteración en el sistema fonológico, similar a lo ocurrido en las tareas de repetición.

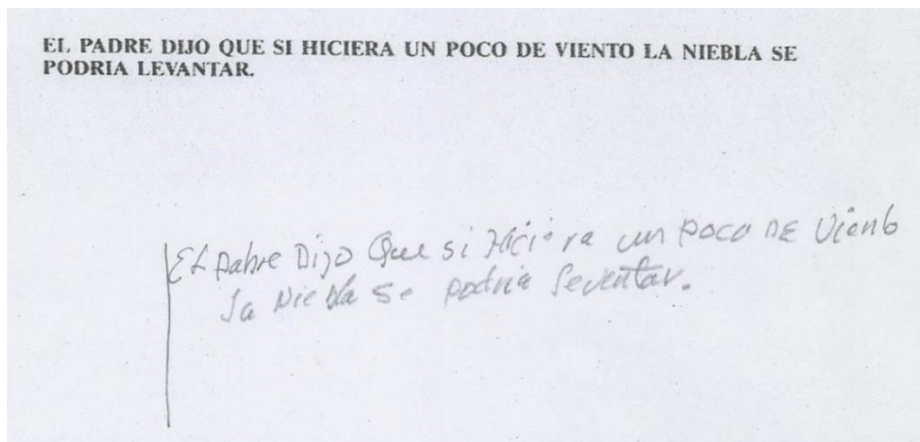


Fig. 2 - Ejemplo de escritura a la copia.



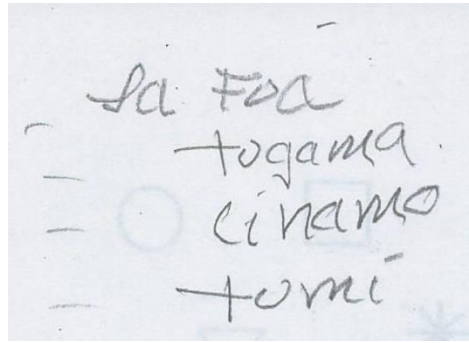


Fig. 3 - Ejemplo de dictado de los logatomos lafo, togamo, sinapo y tumi.

La mecánica de la lectura fue rápida y automática al reconocerse letras, palabras y textos. El proceso de recepción lexical a producción lexical fue adecuado al no haber fallas en el proceso de decodificación grafema - fonema.

Finalmente, se observó un adecuado uso de la pragmática empleando expresiones coloquiales en momentos oportunos (por ejemplo “mta”, “¿qué será?”) ante el desconocimiento de alguna pregunta realizada o ejercicio propuesto.

Impresión diagnóstica

La paciente presentó una afectación en el lenguaje caracterizada por alteraciones, tanto expresivas como de comprensión. El lenguaje expresivo era fluente, pero estaba plagado de agramatismos, parafasias fonológicas y literales evidentes, tanto en el lenguaje espontáneo como en las tareas de repetición y denominación, lo que condicionaba una disminución en el contenido informativo. La comprensión del lenguaje se veía afectada por fallas de comprensión desde unidades lexicales hasta el procesamiento de las estructuras lógico-gramaticales simples y complejas. La repetición se halló también limitada por una constante presencia de parafasias fonológicas, más evidentes en el caso de logatomos y sílabas, pero igualmente en la repetición de palabras. Finalmente, si bien la mecánica de la escritura y la lectura estuvieron relativamente conservadas, se hallaron paragrafías y parafasias, así como alteraciones en la comprensión del lenguaje escrito similares a los problemas de expresión y comprensión del lenguaje audioverbal.

Los datos recabados son sugerentes de una afasia de Wernicke, particularmente la disminución en el contenido informativo y presencia de parafasias fonológicas, semánticas y literales en el lenguaje espontáneo, en la denominación y en la repetición dentro de un contexto de habla fluida; las paragrafías en la escritura similares a los errores en el lenguaje hablado; y las alteraciones en la comprensión de palabras aisladas e instrucciones sencillas y complejas se consideran características distintivas de este tipo de afasia.^(11,12)



Al mismo tiempo, se ha descrito que en la afasia de Wernicke se puede observar cierto grado de anosognosia.⁽¹³⁾ En el presente caso, la paciente se mostró tranquila y sin preocupaciones por los errores que cometía durante la evaluación y no reportó fallas en el lenguaje, pues estas fueron reportadas por la hija. Por ello, habría la sospecha de que la paciente no era del todo consciente de sus fallas lingüísticas.

Discusión

El presente reporte describe un caso de afasia de Wernicke asociado a la presencia de un GM que afecta la región temporoinular izquierda. El GM ha sido catalogado como uno de los tumores más agresivos. Al ser tumores malignos e infiltrantes, presentan un crecimiento rápido que impide la adaptación de tejido y causa mayor afectación neuronal y funcional.⁽²⁾

Cualquier condición cerebral que afecte los centros especializados de lenguaje en las regiones frontotemporales, usualmente lateralizadas en el hemisferio izquierdo, pueden producir una afasia.⁽⁶⁾ Sin embargo, la causa más común de cuadros afásicos son las lesiones vasculares cerebrales, mientras que un estudio reportó que la afasia asociada a una lesión tumoral representó únicamente el 5,9 % de los casos analizados.⁽⁶⁾ En particular, la literatura describe consistentemente una correlación anatómica entre la afasia de Wernicke y lesiones en la zona posterior de la circunvolución temporal superior y media (consideradas áreas de asociación auditiva), que en ocasiones se extienden a la región inferior del giro supramarginal (lóbulo parietal), el giro angular y la región insular.^(12,14,15) La variación en la extensión anatómica del daño puede relacionarse con el perfil de fallas en el lenguaje. Por ello, se han descrito dos subtipos de afasia de Wernicke.⁽¹²⁾ El *tipo I* destaca la incapacidad para distinguir los sonidos del lenguaje (denominada por *Luria* como afasia acústico-agnósica y por *Vignolo* como agnosia verbal auditiva) y existe mayor conservación de la lectura en voz alta y la comprensión lectora, aunque la escritura al dictado estaría afectada; este subtipo se asocia a lesiones insulares posteriores y el istmo temporal. La *tipo II* (denominada por *Luria* como afasia acústico-amnésica y por otros autores como afasia sensorial) se caracteriza por un habla fluida o, incluso logorréica, con ciertos errores gramaticales y especialmente disminución en el contenido informativo, así como presencia relevante de parafasias e, inclusive, neologismos, tanto en el lenguaje espontáneo como en la denominación; la comprensión es deficiente y la repetición de elementos cortos puede estar conservada, aunque es anormal para secuencias más largas. Los defectos en lectura y escritura son similares a los del lenguaje hablado. En este caso, las lesiones suelen afectar la circunvolución temporal superior y media.⁽¹²⁾

A partir de la resonancia magnética estructural se identificó que la lesión de la paciente afectaba directamente el tercio anterior y medio de la circunvolución temporal superior y media, así como la ínsula; no obstante, el edema perilesional se extendía a la región



posterior del lóbulo temporal e incluso al giro angular y supramarginal del lóbulo parietal, lo que coincide con las regiones cerebrales involucradas en la afasia de Wernicke.⁽¹⁵⁾ La afectación, tanto de la ínsula y regiones profundas del lóbulo temporal superior por el tumor, así como de la zona temporal posterior y parietal inferior debido al edema, explicarían por qué la paciente demostró características de ambos subtipos de afasia de Wernicke anteriormente descritos. Más aún, habrá que considerar que cierta disminución del edema perilesional que afectaba la zona temporal posterior y parietal inferior debido al tratamiento con esteroides, explicaría la razón de que el lenguaje fuese totalmente ininteligible cuando debutó el cuadro y mejoró al momento de la evaluación formal, aunque conservaba una disminución en el contenido informativo y la presencia de parafasias.

Los errores (como agramatismos y parafasias) en el lenguaje expresivo, en la repetición y la denominación, y los errores en la comprensión que presentó la paciente son características propias de una afasia de Wernicke. Este tipo de afasia puede diferenciarse de otras al ser fluente, relativamente conservar la lectura, verse afectada la repetición, la comprensión y la denominación y tener un correlato anatómico en regiones temporal posterior superior y extenderse a regiones angular, supramarginal e insular.⁽¹²⁾ Una diferencia relevante entre la afasia de Wernicke y la afasia transcortical sensorial, un diagnóstico diferencial común, es que en esta última se conserva la repetición,⁽¹¹⁾ lo que ayuda a confirmar nuevamente el diagnóstico del caso presentado como una afasia de Wernicke.

Ahora bien, dado que la supervivencia en pacientes con GM es menor al 8 % de los casos,⁽²⁾ existen pocos estudios sobre las secuelas cognitivas a largo plazo. Uno de los pocos estudios realizados en esta población (con 3 años de diagnóstico y seguimiento) describe la presencia de fatiga, movilidad restringida y sintomatología depresiva; así como una afectación en la coordinación visuomotora, la atención, la memoria y las funciones ejecutivas.

Los autores concluyen que las afectaciones cognitivas pueden impedir la participación laboral, personal o social de los pacientes y repercutir en la calidad de vida.⁽¹⁶⁾ En una revisión sistemática se halló que la supervivencia de un GM suele ser de 12-14 meses y que menos del 10 % de pacientes sobrevive dos años a partir del diagnóstico. Más aún, se describe que hasta el 85 % de los sobrevivientes presentan afectaciones neurológicas, de los cuales el 35 % puede llegar a necesitar ayuda en las actividades de la vida diaria; entre el 40 y el 100 % presentan secuelas cognitivas y el 30 % presentan problemas de comunicación, particularmente disminución de la fluidez y disfasia. Estas afectaciones pueden generar dificultades laborales, sociales y económicas y disminuir de manera relevante la calidad de vida de los sobrevivientes.⁽¹⁷⁾ Dadas las secuelas cognitivas y funcionales, algunos pacientes pudieran requerir de una intervención que favoreciera su estado cognitivo. Sin embargo, la mayoría de los pacientes con GM tienen una sobrevida corta, por lo que en estos casos se recomiendan intervenciones que busquen compensar las fallas cognitivas y favorezca el trabajo con la familia para mejorar la calidad de vida, más que intervenciones exhaustivas, como las que usualmente se recomiendan en la rehabilitación neuropsicológica.^(18,19) Por ejemplo, ante un



pronóstico desfavorable, se sugieren intervenciones terapéuticas cortas y simples en el manejo de la enfermedad oncológica y se considera importante un cuidado psicosocial, que involucre a cuidadores y familiares para brindar cuidados paliativos al paciente, sobre todo en las últimas fases.⁽²⁰⁾

En resumen, dada la esperanza de vida limitada en estos casos, los estudios existentes sugieren la implementación de intervenciones puntuales que incluyan información sobre la enfermedad, manejo de emociones, estrategias de compensación para las fallas cognitivas y manejo de los cambios conductuales; lo que ayudará a pacientes y familiares a sobrellevar de la mejor forma posible el transcurso de la enfermedad y podría contribuir a mejorar la calidad de vida.

Conclusiones

El caso ilustra como una lesión oncológica relativamente pequeña, dadas sus características histopatológicas y el edema asociado, puede generar una sintomatología cognoscitiva florida y súbita, en la cual se observaron alteraciones consistentes con una afasia de Wernicke. También ejemplifica la importancia de la evaluación neuropsicológica para generar un diagnóstico clínico y potencialmente desarrollar programas de intervención. Específicamente, permite reflexionar sobre el papel del neuropsicólogo ante un pronóstico desfavorable y lo que puede hacer para mejorar la calidad de vida de los pacientes y su familia.

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por la beca proporcionada a Natalia Cortés Corona con número de CVU 854886 para la realización de estudios de Doctorado en Psicología, UNAM.

Referencias bibliográficas

1. Olar A, Aldape KD. Using the molecular classification of glioblastoma to inform personalized treatment. *J Pathol.* 2014;232(2):165-77. PMID: [24114756](#)
2. Ostrom QT, Gittleman H, Truitt G, Boscia A, Kruchko C, Barnholtz-Sloan JS. CBTRUS Statistical Report: Primary Brain and Other Central Nervous System Tumors



Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución–NoComercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.

Diagnosed in the United States in 2011-2015. *Neuro Oncol.* 2018;20(suppl_4):iv1-iv86. PMID: [30445539](#)

3. Louis DN, Ohgaki H, Wiestler OD, Cavenee WK, Burger PC, Jouvet A, Scheithauer BW, Kleihues P. The 2007 WHO classification of tumours of the central nervous system. *Acta Neuropathol.* 2007; 114(2): 97-109. PMID: [17618441](#)
4. Engelhard HH, Villano JL, Porter KR, Stewart AK, Barua M, Barker FG, Newton HB. Clinical presentation, histology, and treatment in 430 patients with primary tumors of the spinal cord, spinal meninges, or cauda equina. *J Neurosurg Spine.* 2010;13(1):67-77. PMID: [20594020](#)
5. Rijnen SJM, Butterbrod E, Rutten GM, Sitskoorn MM, Gehring K. Presurgical Identification of Patients with Glioblastoma at Risk for Cognitive Impairment at 3-Month Follow-up. *Neurosurg.* 2020;87(6):1119-29. PMID: [32470985](#)
6. Le H, Lui MY. Aphasia. 2021. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021. PMID: [32644741](#)
7. De Dios S, Durkin NM, Soble JR. Case of right hemispatial neglect and transcortical sensory aphasia following left occipitotemporoparietal glioblastoma resection. *Appl Neuropsychol Adult.* 2021;28(1):117-23. PMID: [30987454](#)
8. Peña J. Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica. España: Masson; 1986.
9. Asociación Médica Mundial (AMM). Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. *JAMA.* 2017;310(20):2191-4. DOI: [10.1001/jama.2013.281053](#)
10. Peña J. Normalidad, Semiología y Patología Neuropsicológicas. España: Masson; 1991.
11. Damasio A. *Signs of Aphasia.* En: Taylor M (ed.) *Acquired Aphasia* (3.^{er} ed.). EUA, Nueva York: Academic Press; 1998. pp. 25-40.
12. Ardila A. Las afasias. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 2005.
13. Lebrun Y. Anosognosia in aphasics. *Cortex.* 1987;23(2):251-63. PMID: [2440639](#)
14. Vendrell JM. Las afasias: semiología y tipos clínicos. *Rev Neurol.* 2001;32(10):980-6. PMID: [11424058](#)
15. Damasio H. *Neuroanatomical Correlates of the Aphasia.* En: Taylor M (ed.) *Acquired Aphasia* (3.^{er} ed.). EUA, Nueva York: Academic Press; 1998. pp. 43-70.
16. Solanki C, Sadana D, Arimappamagan A, Rao KVLN, Rajeswaran J, Subbakrishna DK, Santosh V, Pandey P. Impairments in Quality of Life and Cognitive Functions in Long-



term Survivors of Glioblastoma. J Neurosci Rural Pract. 2017; 8(2):228-35. PMID: [28479798](#)

17. Gately L, McLachlan SA, Dowling A, Philip J. Life beyond a diagnosis of glioblastoma: a systematic review of the literature. J Cancer Surviv. 2017; 11(4): 447-452. DOI: [10.1007/s11764-017-0602-7](#)
18. Catt S, Chalmers A, Fallowfield L. Psychosocial and supportive-care needs in high-grade glioma. Lancet Oncol. 2008;9(9):884-91. PMID: [18760244](#)
19. Malec J. *Evaluación para planear la rehabilitación neuropsicológica*. En: Moreno G (ed.) *Rehabilitación neuropsicológica. Manual Internacional*. México, CDMX: Manual Moderno; 2019. pp. 36-48.
20. Preusser M, de Ribaupierre S, Wöhrer A, Erridge SC, Hegi M, Weller M, *et al*. Current concepts and management of glioblastoma. Ann Neurol. 2011;70(1):9-21. DOI: [10.1002/ana.22425](#). PMID: [21786296](#)

Conflicto de intereses

Los autores no tienen conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Natalia Cortés Corona: realizó la evaluación, integración del caso clínico y redacción del artículo.

Ana Natalia Seubert Ravelo: supervisó la evaluación e integración del caso clínico y redacción del artículo.



Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución–NoComercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.