

PRESENTACION DE CASO

Heminegligencia y hemianopsia. Presentación de un caso

Hemineglect and Hemianopia. A Case Report

Dr. Julio López Argüelles, ⁽¹⁾ Dra. Dailin Alfonso León, ⁽²⁾ Dr. Sebastián Barboza Sanchis, ⁽³⁾ Lic. Dania Pérez Manso. ⁽⁴⁾

¹ Especialista de I Grado en Neurología. Profesor Instructor. ² Especialista de I Grado en Logofoniatría. ³ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente de primer año en Neurología. ⁴ Licenciada en Defectología. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos.

¹ Second Professional Degree in Neurology. Instructor. ² Second Professional Degree in Logopedics and Phoniatrics. ³ Second Professional Degree in General Medicine. ⁴ Bachelor Degree in Defectology. Dr. Gustavo Aldereguía Lima General University Hospital. Cienfuegos.

RESUMEN

La heminegligencia consiste en la dificultad que presenta el individuo para orientarse, actuar o responder a estímulos o acciones que ocurren en el lado contralateral a una lesión hemisférica, que no es debida a trastornos elementales sensoriales o motores. Típicamente se ha descrito por lesiones que afectan el lóbulo parietal, fundamentalmente el derecho. En la heminegligencia hay una pérdida de la configuración de la entrada sensorial al cerebro, especialmente al neocórtex; teniendo en cuenta que el lóbulo parietal contiene el esquema corporal y media la percepción espacial, la topografía más frecuentemente descrita es precisamente en este. Se presenta el caso de un paciente con una combinación de heminegligencia y hemianopsia, con lesiones en varios territorios corticales, en el cual, pese a presentar casi todas las características del síndrome, se mostraron intactas las funciones relacionadas con la lectura.

Palabras clave: encefalopatías; lóbulo parietal; corteza cerebral; reporte de casos

Límites: humanos; adulto

ABSTRACT

Hemineglect is the difficulty individuals present to get oriented, act or respond to stimuli or actions that occur on the contralateral side to a hemispheric lesion, which is not caused by elementary sensory or motor disorders. It has been typically described by lesions involving the parietal lobe, primarily the right one. In hemineglect, there is a loss of sensory input configuration to the brain, especially the neocortex; considering that the parietal lobes contain the body schema and mediate spatial perception, topography is often described precisely in them. We report the case of a patient with a combination of hemineglect and hemianopia, with lesions in several cortical areas. The patient showed almost all the features of the syndrome, nevertheless maintained intact reading-related functions.

Key words: brain diseases; parietal lobe; cerebral cortex; case report

Limits: humans; adult

Recibido: 3 de julio de 2012

Aprobado: 12 de julio de 2012

Correspondencia:

Dr. Julio López Argüelles.

Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima.

Calle 51 A y Ave 5 de Septiembre.

Cienfuegos. CP. 55100.

Dirección electrónica: julio.arguelles@gal.sld.cu

INTRODUCCIÓN

La heminegligencia consiste en la dificultad que presenta el individuo para orientarse, actuar o responder a estímulos o acciones que ocurren en el lado contralateral a una lesión hemisférica, que no es debida a trastornos elementales sensoriales o motores. ⁽¹⁾ Típicamente se ha descrito por lesiones que afectan el lóbulo parietal, fundamentalmente el derecho, en el territorio de la arteria cerebral media y ocasionalmente de ganglios basales, con integridad de la corteza estriada y las fibras genículo calcarinas, ^(2,3) por lo que históricamente se ha mantenido considerado como un síndrome del lóbulo parietal.

Esta se puede dividir en tres síndromes fundamentales: negligencia atencional o sensorial, negligencia intencional o motora, negligencia afectiva y representacional. Aunque, aparentemente, esta entidad no es de las que más frecuentemente encontramos en relación con enfermedades cerebrovasculares hay estudios que revelan una frecuencia tal de 1165 casos de 6868 participantes en el estudio, ⁽⁴⁾ otros por su parte encuentran una prevalencia en ancianos de 12,8 % para los hombres y 13,8 en mujeres. ⁽⁵⁾

El objetivo fundamental de la presentación de este caso

radica en mostrar un caso inusual de heminegligencia y la diversidad de síntomas psíquicos superiores involucrados.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 60 años de edad, derecho, con antecedentes de hipertensión arterial (HTA) para lo cual lleva tratamiento con propranolol, a dosis de 1 tableta 2 veces al día, aunque de forma irregular. En esta ocasión acudió al Cuerpo de Guardia del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, de Cienfuegos, por comenzar en la madrugada con un cuadro clínico caracterizado por disminución de la fuerza del hemicuerpo izquierdo, además de reconocerla como extraña (como si no le perteneciera), acompañado de cefalea pulsátil de moderada intensidad y cifras elevadas de tensión arterial.

El paciente fue valorado por neurología. Al examen se encontró:

1. Agnosia unilateral espacial: desconocimiento de la mitad izquierda del campo visual y del lado izquierdo del cuerpo. Se le pidió que realizara varios dibujos a partir de los que se le presentaron y no dibujó el lado izquierdo de estos. (Figura 1).

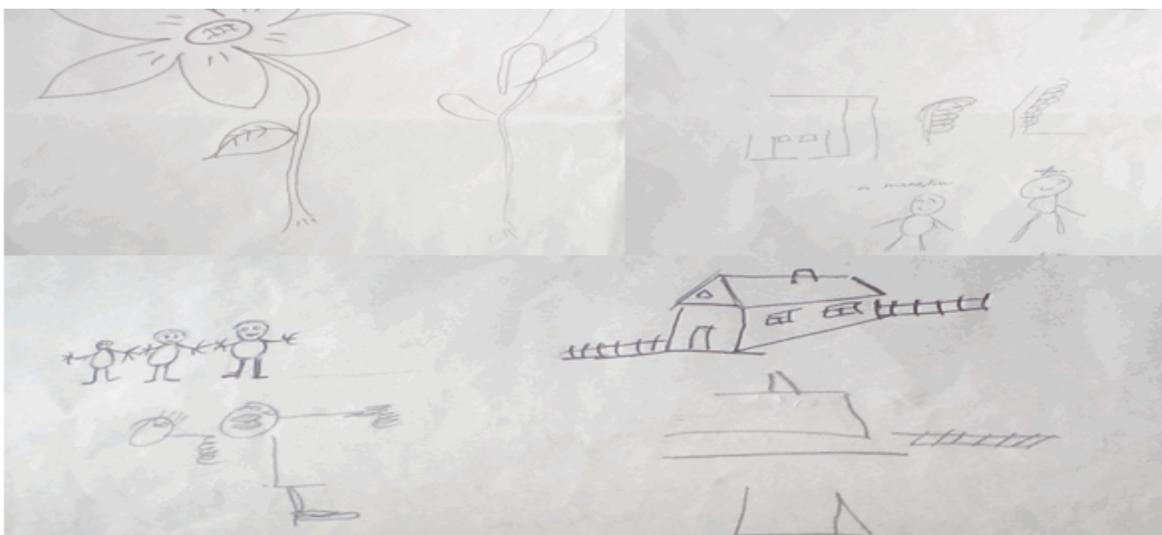


Figura 1. Se muestra la presencia de heminegligencia en el paciente, comprobándose por la ausencia de reconocer el lado izquierdo de los dibujos.

2. Desatención hacia el lado izquierdo: se comprobó examinando y tocando partes simétricas opuestas del cuerpo con el paciente manteniendo los ojos cerrados y se comportó indiferente al tocar la parte izquierda de su cuerpo.
3. Anosognosia: el paciente era incapaz de reconocer sus errores.
4. Parognosia: se le mostró un *short* de su propiedad para que lo nominara, lo hizo correctamente, pero cuando se le preguntó de quién era no supo reconocerlo como suyo.

5. Apraxia al vestirse.
6. Agnosia para los rostros: reconocía a las personas por su voz y no por su rostro.
7. Presentaba además hemianopsia homónima.
8. No alteración de la escritura.

Exámenes imagenológicos:

Se realizó resonancia magnética nuclear (RMN) de cráneo, en la que se observaron varias lesiones isquémicas correspondientes a los territorios irrigados por las arterias cerebral media derecha y cerebral posterior. (Figura 2)

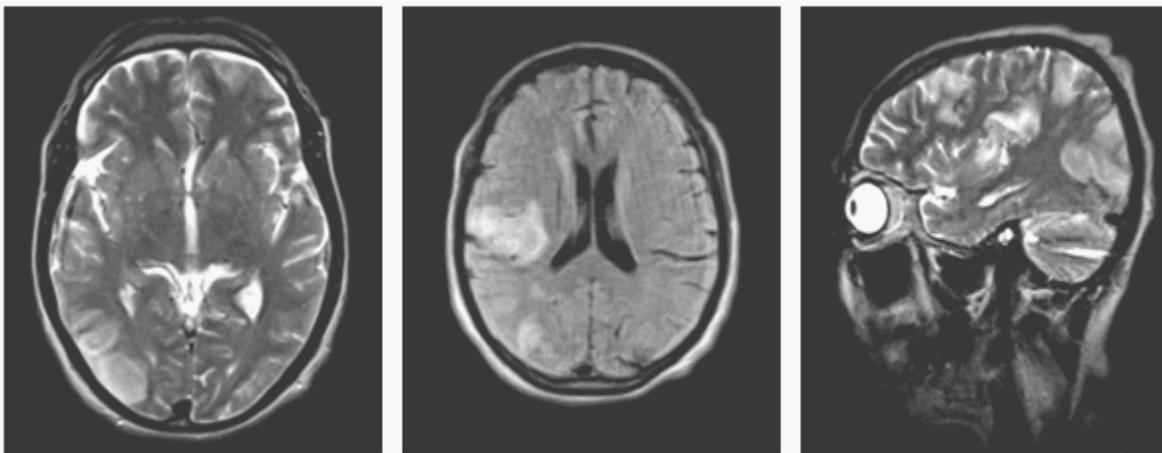


Figura 2. RMN de cráneo del paciente donde se evidencia la presencia de lesiones isquémicas que involucran varias topografías y territorios vasculares.

Luego de 3 meses de tratamiento rehabilitador el paciente presenta gran mejoría clínica con desaparición de la desatención y agnosias.

DISCUSIÓN

En la heminegligencia existe una pérdida de la configuración de la entrada sensorial al cerebro, especialmente al neocórtex, teniendo en cuenta que los lóbulos parietales contienen el esquema corporal y median la percepción espacial, lesiones parietales, en consecuencia, provocan que el paciente no sea capaz de reconocer ni la mitad de su cuerpo ni la mitad del espacio. ⁽⁶⁾

Es más frecuente en lesiones del hemisferio derecho, pues este interviene en los dos lados, coordinando la distribución de la atención en ambos hemiespacios, y los movimientos atencionales en ambas direcciones contra e ipsiversivas, además utiliza más fuentes neuronales para la atención espacial. ^(1,7)

La negligencia unilateral en seres humanos puede provocarse por lesiones en muy diferentes regiones cerebrales. ⁽⁸⁻¹⁰⁾ Estas incluyen:

- corteza de la unión temporo-parietal
- áreas límbicas como el giro del cíngulo
- áreas subcorticales como el tálamo y la formación reticular mesencefálica.

Clasificación de la heminegligencia

Negligencia atencional o sensorial

- Heminegligencia o hemi-inatención sensorial
- Extinción sensorial
- Negligencia espacial
- Negligencia personal

Negligencia intencional o motora

- Hemiakinesia
- Extinción motora
- Hipokinesia
- Impersistencia motora

Negligencia afectiva

Negligencia representacional

Negligencia atencional o sensorial

- Heminegligencia: se refiere a un déficit en la consciencia de estímulos contralaterales. La heminegligencia puede ser a estímulos de distintas modalidades, ya sea localizado en el espacio o el cuerpo. ⁽¹¹⁾
- Extinción sensorial: cuando a los pacientes con negligencia espacial se les pide que realicen una variedad de tareas en el espacio "olvidan" el hemiespacio contralateral a la lesión. Puede fallar en el hemiespacio contralesional considerando su propio cuerpo el centro, o fallar en actuar sobre una mitad del estímulo. Este defecto se puede detectar ya en la conducta del paciente (sólo come de medio plato, sólo lee la mitad de un párrafo o escribe únicamente en una mitad de la hoja). ⁽¹²⁾

Negligencia intencional o motora

Existen pacientes que, pese a estar conscientes del estímulo, no responden a él, sin que exista una paresia que lo justifique. ^(6,11)

- Akinesia: es un fallo en la iniciación del movimiento que no puede ser atribuido a disfunción en el sistema motor, sino más bien a una alteración en los sistemas necesarios para activar las motoneuronas. La akinesia puede ser de evocación exterior (puesta de manifiesto al responder a un estímulo externo) o "endógena": tendencia a no mover espontáneamente un miembro.
- Extinción motora: sólo aparece la akinesia contralesional cuando se mueven simultáneamente ambos miembros.
- Hipokinesia: pacientes con defectos leves en el sistema intencional pueden no fallar en iniciar respuestas pero las inician después de un lapso anormalmente largo.
- Impersistencia motora: es la falta de capacidad para mantener una acción.

Negligencia afectiva

La negligencia afectiva puede acompañar a una anosognosia (inconsciencia o incluso negación de la hemiparesia contralesional), o bien aunque están conscientes del déficit neurológico, parece no importarles, no sentirse preocupados por el mismo.

Negligencia representacional

Si se le pide al paciente, por ejemplo, que recuerde su habitación viéndola desde la puerta, no puede recordar lo que hay en la habitación situado en el espacio contralesional.^(10,13)

El caso presentado previamente es un fiel exponente del

tema tratado, al examen el paciente mostró casi toda la sintomatología descrita por los diferentes autores, destacando en este caso que en un mismo paciente se muestra más de una topografía, es decir concomitan al mismo tiempo y en el mismo paciente lesiones isquémicas en los territorios irrigados por la arteria cerebral media derecha y cerebral posterior. Presentó este, además, un cuadro de hemianopsia homónima, curiosamente sin alteración para la escritura, lo cual es contradictorio con la mayoría de los estudios sobre el tema,^(14,15) lo que induce a pensar que permanecieron intactos algunos circuitos relacionados con la entrada de la información y su reproducción escrita.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Allegri RF. Atención y negligencia: bases neurológicas, evaluación y trastornos. *Rev Neurol*. 2000;30(5):491-5.
2. Brighina F, Bisiach E, Piazza A, Oliveri M, La Bua V, Daniele O, et al. Perceptual and response bias in visuospatial neglect due to frontal and parietal repetitive transcranial magnetic stimulation in normal subjects. *Neuroreport*. 2002;13(18):2571-5.
3. Tomaiuolo F, Voci L, Bresci M, Cozza S, Posteraro F, Oliva M, et al. Selective visual neglect in right brain damaged patients with splenial interhemispheric disconnection. *Exp Brain Res*. 2010;206(2):209-17.
4. Dong X, Simon MA, Evans D. Elder self-neglect and hospitalization: findings from the Chicago Health and Aging Project. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(2):202-9.
5. Dong X, Simon MA, Mosqueda L, Evans DA. The prevalence of elder self-neglect in a community-dwelling population: hoarding, hygiene, and environmental hazards. *J Aging Health*. 2012;24(3):507-24.
6. Baas U, de Haan B, Grassli T, Karnath HO, Mueri R, Perrig WJ, et al. Personal neglect-a disorder of body representation?. *Neuropsychologia*. 2011;49(5):898-905.
7. Silveri MC, Ciccarelli N, Cappa A. Unilateral spatial neglect in degenerative brain pathology. *Neuropsychology*. 2011;25(5):554-66.
8. Suchan J, Rorden C, Karnath HO. Neglect severity after left and right brain damage. *Neuropsychologia*. 2012;50(6):1136-41.
9. Yue Y, Song W, Huo S, Wang M. Study on the occurrence and neural bases of hemispatial neglect with different reference frames. *Arch Phys Med Rehabil*. 2012;93(1):156-62.
10. Verdon V, Schwartz S, Lovblad KO, Hauert CA, Vuilleumier P. Neuroanatomy of hemispatial neglect and its functional components: a study using voxel-based lesion-symptom mapping. *Brain*. 2010;133(Pt 3):880-94.
11. Arduino LS, Marinelli CV, Pasotti F, Ferré ER, Bottini G. Representational neglect for words as revealed by bisection tasks. *J Neuropsychol*. 2012;6(1):43-64.
12. Vossel S, Eschenbeck P, Weiss PH, Weidner R, Saliger J, Karbe H, et al. Visual extinction in relation to visuospatial neglect after right-hemispheric stroke: quantitative assessment and statistical lesion-symptom mapping. *J Neurol Neurosurg Psychiatr*. 2011;82(8):862-8.
13. Hillis AE. Neurobiology of unilateral spatial neglect. *Neuroscientist*. 2006;12(2):153-63.
14. Friedmann N, Tzailer-Gross L, Gvion A. The effect of syntax on reading in neglect dyslexia. *Neuropsychologia*. 2011;49(10):2803-16.
15. Santos Lasiosa S, Fabre Pi O, Garcés-Redondo M, Casadevall-Codina T, Tejero Justo C, González García P, et al. Negligencia visual secundaria a hemorragia frontal izquierda. *Rev Neurol*. 2003;36(6):533-5.