

ASOMATOGNOSIA COMO MANIFESTACIÓN DE MIGRAÑA CON AURA. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN.

ASOMATOGNOSIA AS A MANIFESTATION OF MIGRAINE WITH AURA. CASE REPORT AND REVIEW.

Scribano Parada, María de la Paz¹, Buonanotte Carlos Federico²

Resumen

Introducción: Durante años el estudio de la migraña con aura ha sorprendido por la versatilidad de su forma de presentación. Las auras se manifiestan con el desarrollo gradual de síntomas neurológicos que van desde alteraciones visuales hasta trastornos de la percepción. Estos últimos son formas de presentación poco frecuentes siendo el motivo de este artículo. Caso Clínico: Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 53 años con diagnóstico de migraña con aura la cual hace un relato autobiográfico de sus crisis, con especial énfasis en una variante de asomatognosia como forma de presentación. A continuación se discute sobre la asomatognosia como un fenómeno perteneciente a las alteraciones del esquema corporal y los diferentes conceptos y formas clínicas relacionados con estas y se hace un breve repaso sobre las posibles localizaciones anatómicas de estas afecciones. Conclusión: La migraña con aura puede manifestarse con una variada sintomatología previa al dolor. La asomatognosia es una forma infrecuente de presentación. Un campo de interés en la investigación de esta área incluyen un esfuerzo por definir la especificidad y localización de la lesión como un método para la mejor comprensión de cómo las lesiones a áreas muy específicas del cerebro afectan la percepción y la memoria. Palabras claves: Alteraciones del esquema corporal. Agnosias. Asomatognosia. Lóbulo Parietal. Localización

Abstract

Introduction: For years the study of migraine with aura was surprised by the versatility of its presentation. Auras are manifested with the gradual development of neurological symptoms ranging from visual impairment to perception disorders. The latter are rare forms of presentation being the reason for this article. Case report: the case of a female patient of 53 years diagnosed with migraine with aura which makes an autobiographical account of their crises, with special emphasis on a variant of asomatognosia as manifestation is presented. It then discusses the asomatognosia as a phenomenon belonging to the altered body image and

1 Médica Residente del Servicio de Neurología del Hospital Nacional de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina

2 Jefe del Servicio de Neurología del Hospital Nacional de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina

Med. Scribano Parada María de la Paz. Hospital Nacional de Clínicas "Prof. Dr. Pedro Vella" Santa Rosa 1564 B° Alberdi. Córdoba, Argentina. Teléfono +54-0351- 4337014. pazscribano@gmail.com

Conflictos de intereses

Los autores no presentan ningún conflicto de interés.

the different concepts related to these clinical forms and a brief overview of the possible anatomical locations of these conditions do. Conclusion: Migraine with aura may manifest with varied previous symptoms before the pain. The asomatognosia is an uncommon presentation. A field of interests for research also include an effort to define the specificity and location of the lesion as a method for better understanding of how injuries to very specific areas of the brain affect perception and memory.

Keywords: Disorders of the body schema. Agnosia. Asomatognosia. Parietal Lobe. Anatomic location. Migraine with aura.

Introducción

La migraña con aura es una entidad clínica apasionante ya que cualquier área cerebral puede ser el inicio del cuadro migrañoso. Tiene un rasgo característico que es el desarrollo gradual de síntomas neurológicos, habitualmente entre 5 a 20 minutos, que lo diferencia del ataque isquémico transitorio que ocurre casi instantáneamente y de las crisis Jacksonianas que se instalan en varios segundos ^[1] El aura (del latín «viento» o del griego «soplo») es definido como un episodio transitorio de disfunción cerebral focal y se desarrolla antes de la cefalea, pero puede presentarse en algunos individuos acompañando al dolor. La intensidad del aura puede variar en el paciente aun entre las crisis, así como las manifestaciones pueden combinarse (por ejemplo parestesias seguidas de síntomas visuales) ^[2] Se presenta el relato de una paciente sobre diferentes auras sensoriales que ha padecido a lo largo de su vida. Se destaca una presentación infrecuente como manifestación de aura: la asomatoagnosia.

Caso clínico

“Me llamo Alicia, tengo 53 años y llevo una vida normal. Tengo tres hijos y con mi esposo conformamos un buen equipo en todo. Soy Bióloga, Profesora y Dra. en Ciencias Biológicas, docente e investigadora.

La primera evidencia de este síndrome (dolor de cabeza mas aura), fue una sensación rara, como adormecimiento de una mitad

del cuerpo, como hormigueo, parecido cuando la faja del tensiómetro al ser inflada va apretando el músculo del brazo hacia adentro, iniciándose en la mitad de la punta de la lengua, en la mitad de la punta de la nariz, de los dedos a la palma de la mano... y luego sobreviene un fuerte dolor de cabeza. Se me superponen los recuerdos de la primera vez que me sucedió, no recuerdo cual fue primero, uno se presentó antes de ir a una fiesta con amigos en la casa de uno de ellos -era una gran emoción-(los famosos asaltos) y otra muy próximo a ese en el tiempo, fue en clase que tuve que salir del aula e ir a Dirección, tuve una intensa fofobia primero y luego un fuerte dolor de cabeza. Fue alrededor del año 1972, tendría 11 o 12 años. En esa ocasión mi madre se asustó muchísimo y me friccionó con alcohol, temía que perdiera por siempre la sensibilidad. Esta sensación de adormecimiento y presión interna duraba 1 hora y luego venía el fuerte dolor de cabeza, pero el adormecimiento se iba, entonces las siguientes veces ya no nos asustaban tanto pero quedaba una fuerte resaca por un día, dolor estructural de los músculos y huesos en la zona de la migraña. Si tuviera que estimar una frecuencia media en mi vida diría que el adormecimiento o insensibilidad del cuerpo estaría en un 70% de las veces que me dio la crisis”.

“Puedo decir luego de más de 42 años que convivo con estos ataques que se desencadenan tanto por momentos malos, agresivos, estrés, angustias, tristeza, susos como por alegrías, ansiedad, emoción,

felicidad, expectativas, etc. Que se producen por desbordantes cantidades de neurotransmisores como serotonina, endorfinas que desordenan el normal funcionamiento cerebral. También creo que si uno quema esa cantidad de energía que libera el cerebro ya sea por un intenso orgasmo o una extensa caminata se recupera la normalidad más rápidamente.

Otra aura es la alteración de la visión, veo como la lluvia de la televisión sobre lo que estoy viendo y otra variante como algodones que se ponen delante de lo que estoy viendo. Su frecuencia es del 90%. Es una de las auras más frecuentes.

En relación a las manifestaciones visuales, por el año 80 aproximadamente en la facultad cursaba el 2° año de la carrera de Biología y en un teórico de Plantas Celulares, mientras el profesor hablaba de algas celulares cianofíceas (me acuerdo como si fuera hoy) y dibujaba como un experto dibujante, tanto que después daba pena borrar el pizarrón, lo mirábamos o admirábamos con tanta atención y en un momento se inicia otra aura en que lo veía pequeño, se iba lejos, pero en realidad lo tenía a tres metros!, yo pestañeaba, me parecía que estaba drogada, era como que tenía un zoom en mis ojos, eso me sucedió unas 2 veces, lo alejaba y lo acercaba.

Otro acompañante que precede los episodios migrañosos es que huelo un olor especial a cuero quemado o goma/neumático quemado. Este evento ocurre en menor medida podría decir que en un promedio del 40%. A veces si el vecino quema un neumático me desorienta, pero mi familia ya sabe y rápidamente me alertan, -no, no, mamá nosotros también olemos a goma quemada- ah!! me quedo mas tranquila.

Se suma como si fuera poco, una sensación muy extraña en que de repente desconozco mis manos, tengo que mirar la continuidad del brazo y ver que lo tengo pegado al hombro para razonar que esas manos son mías. Pocas veces se ha manifestado esta sensación pero asusta bastante,

me intranquiliza. Con respecto a la asomatognosia (ahora se bien el nombre) siento que el "engaño es visual" viene del centro nervioso visual. Me doy cuenta de repente, que cuando hablo muevo mucho las manos, gesticulo bastante, me desplazo de un lado a otro tanto en una reunión como en clase y zas! por ejemplo en clase a veces tomo la tiza y cuando escribo en la pizarra veo como si hubiera otra persona al lado mío escribiendo, aclaro que no veo la otra persona, sino esas manos como de otro ser, ahora con la cantidad de tiempo que ha pasado, ya lo tengo asumido pero las primeras veces me daba muchísima angustia, tristeza, cuando adolescente y más joven que ahora Ja! tenía miedo que me llevara a algún tipo de locura. Es una especie de desconocimiento, de amnesia de esa parte del cuerpo, siempre fueron las manos que es lo común que me mire, pero nunca probé mirarme los pies u otra parte del cuerpo como los hombros o el abdomen, quizá me de la misma sensación, pero sí puedo asegurar que es lo que enfocan mis ojos. Soy bastante racional y por lo tanto la lógica me dice que esas manos que no reconozco son las mías y por eso vuelvo a la lógica y miro la continuidad de la mano con el brazo y se une a mi cuerpo a través del hombro. Es como que al esquema corporal lo armo como sea, dentro del susto me las arreglo conciente o inconcientemente para la supuesta "normalidad". Esta aura es la que me da más angustia porque se siente como mas abstracta, no sé, muchas veces ni lo comenté a no ser al médico o mis allegados familiares. Lo bueno que tiene que dura poco tiempo 10 minutos un poco más o un poco menos".

La migraña con aura ha recibido varias denominaciones a través del tiempo: migraña clásica, migraña oftálmica, migraña hemiparética, migraña afásica, migraña hemipléjica, o migraña acompañada. Se la describe en términos de síntomas neurológicos del sistema nervioso central unilaterales y transitorios que se instalan progresivamente,

te antes de una cefalea migrañosa [3].

La migraña con aura típica, se define como aquella donde el aura puede presentar síntomas visuales, sensoriales, articulatorios y del lenguaje y sin síntomas motores, solos o combinados, así mismo que dichos síntomas se desarrollen gradualmente, que la duración de cada uno no sea mayor de una hora, pudiendo ser los síntomas de características positivas o negativas y los cuales deben ser totalmente reversibles [3]. Las diferentes presentaciones de auras pueden agruparse en una forma práctica en: sensoriales, motores, perceptuales y conductuales [2].

En el relato de la paciente se mencionan varias formas de auras sensoriales: visuales, olfatorias, y sensitivas. Una manifestación muy infrecuente, descrita en este relato, es la asomatognosia. La asomatognosia, literalmente “la falta de reconocimiento del cuerpo”, es un fenómeno neurocognitivo, y el término fue introducido por Critchley en referencia a la falta de conciencia de una mitad del cuerpo [4].

La asomatognosia dentro de los trastornos perceptivos se incluye dentro de las alteraciones del “esquema corporal”. El concepto de esquema corporal ha ido variando a lo largo de la historia, con diferentes modelos explicativos [5]. Sin embargo los estudios más recientes han demostrado que la representación corporal es una función psicológica legítima con bases neurobiológicas correspondientes. Estos modelos se han elaborado recientemente a través de la evaluación de estudios de casos, técnicas de evaluación neuropsicológicas y estudios de neuroimágenes funcionales. Varios autores han definido tres niveles de representación de la arquitectura cognitiva funcional corporal. Estos si bien se pueden ver como categorías rígidas ayudan a clasificar de forma más o menos precisa los trastornos del esquema corporal [5, 6].

La noción de esquema corporal esta constituida por tres niveles. Un primer nivel es la descripción estructural del cuerpo, el cual

consiste en un mapa topográfico del cuerpo realizado fundamentalmente a partir de estímulos visuales, que brinda información sobre los límites corporales y las relaciones entre unas y otras partes. En un segundo nivel se encuentra la conciencia del propio cuerpo, la cual constituye una representación dinámica de la configuración corporal que se actualiza constantemente a través de entradas sensoriales y motoras. Por último encontramos el conocimiento general del cuerpo humano, llamado también “imagen corporal” o “semántica corporal”, esto es el conocimiento léxico y semántico sobre el cuerpo, es decir, los nombres y las funciones de las diferentes partes y su relación con ciertos objetos. Un aporte importante de este modelo es que estos niveles se presentan de forma independiente lo que explica, al menos en parte, porque pueden producirse alteración en unas funciones sensoriales, manteniendo intactas las demás [6, 7].

Las alteraciones en esta “representación corporal” son un fenómeno complejo puede tener varias formas. Dentro de las alteraciones de la conciencia del propio cuerpo podemos ver trastornos como la asomatognosia en la que el paciente refiere amnesia del cuerpo afectado, o somatoparafrenias con sensaciones confabulatorias o pensamientos delirantes del hemicuerpo afectado. [7] En estas últimas el paciente puede negar el cuerpo como propio y tratarlo como un hijo, como otra persona o como una mascota. Se describen en este grupo también la anosognosia de la hemiplejía [8], con negación del déficit motor hemicorporal, anosodiaforia con indiferencia ante la enfermedad [7, 9]. Dentro de este grupo de agnosias se describen también la misoplejía o sentimientos de cólera o ira contra el hemicuerpo ignorado, aloinesia o movilización de la mano sana cuando se le pide que mueva la otra, aloestesia o sensación de que se le toca el hemicuerpo ipsilateral cuando se le toca el contralateral y el síndrome del tercer brazo: cree tener un tercer

brazo quizás como una forma de asomatofrenia. Las descripciones hemicorporales en general corresponden a compromiso del hemisferio derecho [4,10, 11, 12, 13].

Las alteraciones de la descripción estructural del cuerpo, como desordenes agnósicos de la percepción corporal que tienden a ser bilaterales encontramos la autotopoagnosia (no identifica segmentos del cuerpo), la desorientación derecha-izquierda, la agnosia digital y

la asimbolia del dolor con falta de retirada al estímulo doloroso [10, 12, 14, 15]. En estos casos el compromiso cerebral suele ser izquierdo. En la figura 1 se pueden ver esquematizadas las alteraciones de la percepción corporal.

Las áreas involucradas en la asomatognosia son tres y cada una participa en aspectos clínicos del síndrome asomatoagnosia. El área común a todas es el compromiso temporoparietal con heminegligencia espa-

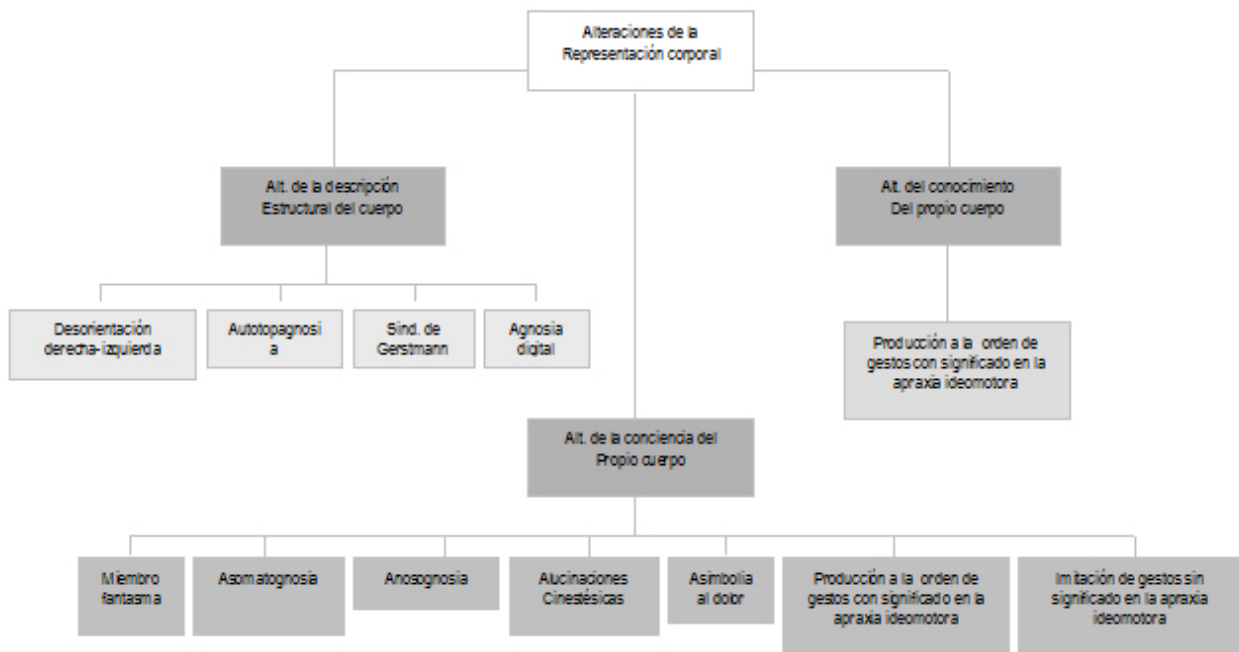
cial, que definen el cuadro clínico, luego el componente frontal le atribuye el sentido de no pertenencia y el compromiso orbitofrontal que le brinda aspectos fabulatorios (parasomatofrenias). Se incluyen además otros aspectos predisponentes como situaciones premórbidas y rasgos de personalidad que contribuyen al fenotipo de este síndrome [4].

Según Guadayol Ferré y colaboradores, la asomatognosia puede ser consciente o inconsciente según se pierda o no la conciencia de la existencia del hemicuerpo. La hemiasomatognosia consciente suele ser secundaria a fenómenos paroxísticos epilépticos, o bien migrañosos, mientras que la inconsciente es típica de lesiones hemisféricas [12].

Conclusión

La migraña con aura puede manifestarse con una variada sintomatología previa al

Figura 1 . Alteraciones de la percepción corporal. Modificado de Peña Casanova (11)



dolor. La asomatognosia es una forma infrecuente de presentación, la localización es frontoparietal derecha y es un fenómeno reversible y consiente en cuadros paroxístmicos transitorios.

Asomatognosia es un trastorno causado por un compromiso neurológico localizado principalmente en el lóbulo parietal y se traduce en una incapacidad del paciente para reconocer las partes de su cuerpo como propio. En la actualidad se ha indagado poco en el tratamiento de este trastorno, ya que es predominantemente temporario. Si bien algunas de las condiciones vinculadas a, o etiquetados como asomatognosia perduran desde hace algún tiempo, estos casos son extremadamente raros [16, 17, 18].

Un campo de interés en la investigación de esta área incluyen un esfuerzo por definir la especificidad y localización de la lesión como un método para la mejor comprensión de cómo las lesiones a áreas muy específicas del cerebro afectan la percepción y la memoria [18,19, 20,21, 22].

Más aun queda un largo camino para entender por qué algunos pacientes simplemente niegan partes de su cuerpo o restan importancia a sus síntomas, mientras que otros vienen a desarrollar un odio o vínculo más profundo en la extremidad afectada. Además, la comprensión de la naturaleza temporal de asomatognosia podría ofrecer una gran comprensión de la plasticidad del cerebro como un mecanismo para descubrir cómo recupera una función que ha sido dañada [20, 21]. Por último, esta área de la neurología es una oportunidad para la investigación sobre la representación bio-neurológica del ser [11]

Bibliografía

1. Cutrer FM, Olesen J. *Migraines with aura and their subforms*. In: Olesen J, Goadsby PJ, Ramadan NM, Tfelt-Hansen P, Welch KMA (eds) *The headaches*, 3rd edn. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 407–21.

2. Buonanotte CF, Buonanotte MC. *Migraña*. *Revision. Neurol Arg* 2013; 5(2):94-100.
3. International Headache Society classification subcommittee. *International classification of headache disorders, 3rd edition (beta version)*. *Cephalalgia* 2013; 33(9):629 - 808.
4. Feinberg TE, Venneri A, Simone AM et al. *The neuroanatomy of asomatognosia and somatoparaphrenia*. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2010;81:276-281
5. Kinsbourne, M. *Awareness of one's own body: An attentional theory of its nature, development, and brain basis*. In: Bermudez J, Marcel A, Eilan M. *The body and the self*. Massachusetts: MIT press; 1995.p. 205-223.
6. Gillihan SJ, Farah MJ. *Is self special? A critical review of evidence from experimental psychology and cognitive neuroscience*. *Psychological bulletin*, 2005; 131(1): 76-97.
7. De Vignemont, F. *Body schema and body image—Pros and cons*. *Neuropsychologia*, 2010; 48(3), 669-80.
8. Turró Garriga O, López Pousa S, Vilalta Franch J, Garre Olmo J. *Evaluación de la anosognosia en la enfermedad de Alzheimer*. *Rev Neurol* 2012; 54: 193-8.
9. Locala, JA. *Current concepts in psychodermatology*. *Current psychiatry reports* 2009; 11(3), 211-18.
10. Escursell, RMR. *Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal*. *Av Psicol Clin Latinot* 2004; 22(1): 15-27.
11. Tsakiris M, Fotopoulou A. *From the Fact to the Sense of Agency*. En: Clark A, Kiverstein J, Vierkant T. *Decomposing the Will*. Nueva York: Oxford University Press; 2013. p. 103-17.
12. Guadayol Ferré E, Herrera Guzman I. *Alteraciones de la representación corporal*. En: Peña Casanova J. *Neurología de la Conducta y Neuropsicología*. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana; 2007. p. 243-60.
13. Amengual MA. *Agnosia*. *Arch Neurol Neurol Neuropsiquiatría* 2008; 16:30-37.
14. Feinberg TE, Roane DM, Cohen J. *Partial Status Epilepticus Associated With Asomatognosia and Alien Hand-Like Behaviors*. *Arch Neurol*. 1998; 55(12):1574-76.
15. Fournier Del Castillo MC, García Peñas JJ, Gutiérrez Solana LG, Ruiz Falcó Rojas ML. *Síndrome de Gerstmann en un varón de 9 años*. *Rev Neurol* 2000; 30:731-36
16. Heilman KM, Barrett AM, Adair JC. *Possible mechanisms of anosognosia: a defect in self-awareness*. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 1998; 353(1377): 1903-09.
17. Pause M, Kunesch E, Binkofsky F, Freund HJ. *Sensorimotor disturbances in patients with lesions of the parietal cortex*. *Brain* 1989; 112(6):

1599-1625.

18. Balarezo_Jaramillo MV, Cacho_Diaz B, Alvarado Aguilar S. *Asomatognosia en cáncer: síntoma de lesión del lóbulo parietal generado por un tumor maligno. Revisión de la literatura. GAMO 2012, 11 (6): 392-401.*

19. Rodríguez Rey R, Toledo R, Díaz PM, Viñas MM. *Funciones cerebrales superiores: semiología y clínica. Rev Fac Cienc Med. 2006; 7 (2): 20-27.*

20. Kolb B, Whishaw IQ. *Neuropsicología humana. 5ta ed. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana; 2003.*

21. Feinberg TE, Keenan JP. *Where in the brain is the self?. Conscious Cogn. 2005; 14(4): 661-78.*

22. Cudeiro Mazaira FJ, Rivadulla Fernández JC, *El tálamo: una puerta dinámica a la percepción. Rev Neurol 2002; 34 (2): 121-30.*