

COMENTARIO OFICIAL

DR. MANUEL M. VELASCO-SUÁREZ¹

EL LÓBULO parietal izquierdo no es igual al lóbulo parietal derecho en los humanos; por lo tanto los síndromes individuales requieren de la más fina clínica para ser comprendidos y diagnosticados.

A pesar de su similitud morfológica, estructural, de aspecto y hasta comparables en relación con la Fisiología Experimental, para el clínico, el lóbulo parietal no es siempre equipotencial. En los diestros, el lóbulo parietal izquierdo comprometido por una lesión tumoral va seguido de síntomas distintos a los que una lesión igual produce en el derecho. Cuando el lóbulo parietal derecho es el afectado (en sujetos diestros) los fenómenos clínicos que ocurren muy rara vez son vistos en lesiones izquierdas. El problema tan discutido en lo que se refiere a la dominancia cerebral, ofrece sin embargo, algunas características fundamentales que deben encerrarse dentro de lo que es común a ambas formaciones parietales.

De las manifestaciones clínicas propias, tres por lo menos requieren comentario especial para encontrar mayor interés en la clínica de los tumores y su manejo quirúrgico planteado por el doctor Mateos.

a). *Desórdenes de sensibilidad.* Aquí el clínico encuentra "el síndrome cortical" con hemianestesia y fenómenos disestésicos nunca fáciles de describir por el paciente de parestesia fina que Critchley llamó "síndrome pseudotalámico".

b). *Desórdenes motores.* Negligencia para los movimientos activos y aun para los pasivos contralaterales por discreta hemiparesia inadvertida. Movimientos espontáneos de torsión y pronación delicadísima; atrofia muscular contralateral moderada.

c). *Desórdenes visuales.* Defectos visuales cualitativos en campos homónimos, con especial evidencia cuando se exploran simultáneamente por aparente menor atención; perseveración visual (metamorfosis), defecto hemianóptico con particular indiferencia para la mitad externa del espacio.

Aun cuando estos tres desórdenes capitales son propias del lóbulo parietal, sin embargo, las "negligencias motoras" son mejor notadas en el brazo izquierdo en el caso de los diestros, lo que nada tiene que ver con la subordinación de un hemisferio al otro.

El problema más saliente coincide con el fenómeno de la perplejidad o indiferencia relativa (atención) de la mitad externa del espacio visual ya que es definitivamente más frecuente para el lado izquierdo del campo como indicando patología del hemisferio subordinado; sin embargo, se encuentra en pacientes con lesiones parietales izquierdas que no son zurdos por lo que debe incluirse entre los signos comunes unilaterales independientemente de la dominancia.

Por fin la apraxia constructiva es probablemente el más agudo y exacto de los problemas relativos al lóbulo parietal independientemente de la lateralización patológica y natural; su estilo más florido ocurre en lesiones bilaterales, excepcionalmente encontrada en algunos casos de glioma multicéntrico de simetría parietal.

En los síndromes bilaterales la somatognosia y la pérdida del esquema corporal o autoimagen se agrega a la apraxia constructiva con agnosia y desorientación visual y ceguera central.

En la casuística y análisis de los signos y síntomas que presenta el Dr. Mateos, llama la atención que predominan los casos

¹ Académico numerario. Instituto Nacional de Neurología.

lesiones rebasaron el lóbulo parietal mismo alcanzando su vecindad motora anterior; que en tres enfermos se presentaron trastornos del lenguaje y en sólo cuatro alteraciones del campo visual y como bien dice el Dr. Mateos, es aún más curioso que en sólo 13 casos si hayan presentado trastornos sensoriales (?) (sensitivos), como demostración de la poca acuciosidad clínica para estudiar estos enfermos en las distintas instituciones por donde han pasado.

Lamentablemente el cuadro craneohipertensivo deforma mucho la cinopatología de esta porción cerebral, pero, es indiscutible que conociendo algo más de sus síntomas propios hasta puedan descubrirse tempranamente los blastomas, granulomas y otras lesiones ocupativas antes de que llegaran a comprometer en forma grave la presión intracraneal.

Creemos por lo tanto conveniente recordar algunos de los fenómenos generales y específicos para reconocer tempranamente la patología del hemisferio izquierdo en sujetos diestros: *a)* a los desórdenes del lenguaje particularmente relativos a la dificultad para deletrear (dislexia) se agregan problemas de discalculia, apraxia bilateral ideomotriz, pseudosíndrome de Gertsman; *b)* asimbolia para el dolor, anestoesia, pérdida de la memoria topográfica y de actitud abstracta con gran deterioro para la atención y progresivamente para la memoria global.

En tumores que se inician en el hemisferio derecho de sujetos diestros, así como en otra clase de patología parietal derecha el problema primario es el de la anosognosia, negación de evidente hemiparesia, negligencia y olvido para el espacio externo a la izquierda y agnosia espacial progresiva.

En sujetos zurdos la patología del hemis-

ferio izquierdo agrega temporalmente sólo desórdenes del lenguaje y en ellos mismos la patología del hemisferio derecho produce disfasia, dislexia y disgrafia cuando se escribe con la mano izquierda, así como gran compromiso para la inteligencia verbal. Con menos frecuencia hay agnosia espacial y autotoxamnesia izquierda, di praxia del vestido y muy nítidos defectos para la construcción visual.

Por fin debe tenerse presente el síndrome interparietal que se refiere a la concomitancia clínica que ofrece la parte media del lóbulo parietal atrás del giro postcentral y la lesión; de la banda visuosensorial de Elliot Smith caracterizados por síntomas vertiginosos y graves desórdenes del esquema corporal. Los estímulos calóricos en estas áreas de la corteza producen curiosos síntomas visuales en los que el enfermo ve que los objetos se desplazan al lado opuesto decolorándose y oscureciéndose el ambiente.

Hemos tenido oportunidad de operar a un enfermo sufriendo miembro fantasma después de una amputación traumática del miembro superior izquierdo. En la búsqueda de la representación somatosensitiva en el giro postcentral, estimulando la corteza por métodos calóricos y eléctricos, el autor pudo por otra parte comprobar la "penetración" en el lóbulo parietal, de funciones motoras y de lenguaje que siempre hemos referido a los lóbulos frontales y temporales, por lo que también pensamos que el reservar síntomas exclusivos a la porción anterior del lóbulo parietal a su porción media y posterior subdividiendo los síndromes respectivos puede resultar en abuso y confusión, máxime cuando, como dice el Dr. Mateos, no es posible también encontrar problemas patológicos exclusivos para estas áreas.