

astereognosia – astereognosis

Authored by
memjavad

October 31, 2025

RECOMMENDED CITATION

memjavad (2025). *astereognosia – astereognosis*. Spanish Psychological Databases.
Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=2268>

Astereognosia

Primary Disciplinary Field(s): Neurología, Neuropsicología

1. Definición Central

La astereognosia, también conocida como agnosia táctil, representa un déficit neuropsicológico complejo caracterizado por la incapacidad de reconocer e identificar objetos comunes mediante el tacto, a pesar de que las sensaciones primarias de tacto, temperatura, dolor y propiocepción se mantienen intactas. Este trastorno no es resultado de una deficiencia sensorial periférica o de una alteración motora, sino de un fallo en los procesos cognitivos superiores que se encargan de la integración e interpretación de la información somatosensorial a nivel cortical. En esencia, el paciente puede sentir la presión o la textura, pero no puede sintetizar estas cualidades discretas en una percepción coherente del objeto, como si la información táctil llegara al cerebro, pero el "diccionario" para interpretarla estuviera dañado.

Este concepto subraya una distinción fundamental en la neurología: la diferencia entre la sensación (la recepción pasiva de estímulos) y la gnosis (el conocimiento o reconocimiento activo derivado de esa sensación). La astereognosia es, por lo tanto, un tipo de agnosia, específicamente aquella que afecta la modalidad táctil. El diagnóstico requiere una cuidadosa exclusión de otras condiciones que puedan impedir el reconocimiento táctil, como la anestesia severa o la apraxia motora, que dificultaría la manipulación del objeto. La incapacidad de reconocer la forma, el tamaño, la textura o el peso de un objeto, incluso cuando se le permite al paciente manipularlo libremente (proceso conocido como [estereognosia](#)), es el sello distintivo de esta condición, afectando gravemente la autonomía y la interacción del individuo con su entorno físico inmediato.

La afectación de la astereognosia varía en severidad y puede manifestarse unilateralmente, afectando únicamente la mano o el lado del cuerpo contralateral a la lesión cerebral. Esta naturaleza unilateral es crucial para la localización diagnóstica. Si bien el término se utiliza a menudo de manera general, la literatura especializada distingue a veces entre la incapacidad de reconocer la forma tridimensional (amorfognosia) y la incapacidad de reconocer la textura o el material (ahilognosia), aunque en la práctica clínica suelen presentarse de manera concomitante. El reconocimiento táctil exitoso implica una compleja integración de la información espacial, temporal y de presión, y cualquier interrupción en esta cadena de procesamiento cortical resultará en la manifestación de la astereognosia.

2. Etimología y Desarrollo Histórico

El término astereognosia proviene del griego, combinando el prefijo negativo "a-" (sin), "stereos" (sólido o tridimensional) y "gnosis" (conocimiento). Literalmente significa "sin el conocimiento de

los sólidos". La comprensión de este déficit se consolidó a finales del siglo XIX y principios del XX, en paralelo con el desarrollo de la neuroanatomía funcional y la localización de las funciones cognitivas en la corteza cerebral. Antes de este periodo, cualquier fallo en el reconocimiento táctil se atribuía generalmente a una pérdida sensorial simple, sin diferenciar entre la sensación primaria y la interpretación cortical superior.

Uno de los pioneros en la descripción detallada de los déficits agnósicos fue el neurólogo alemán [Heinrich Lissauer](#), quien en 1890 propuso una distinción fundamental entre la "agnosia aperceptiva" (fallo en la construcción de la percepción) y la "agnosia asociativa" (fallo en la conexión de la percepción correcta con el significado o la memoria). Aunque Lissauer se centró principalmente en la agnosia visual, su marco conceptual proporcionó la base para entender la astereognosia como un fallo asociativo o perceptivo de la modalidad táctil. Posteriormente, neurólogos como [Arnold Pick](#) y, más tarde, el trabajo de [Kurt Goldstein](#), ayudaron a cimentar la astereognosia como una entidad clínica diferenciada, ligada inequívocamente a lesiones en el lóbulo parietal posterior, el centro de procesamiento e integración somatosensorial.

El desarrollo histórico de la neuropsicología enfatizó que la identificación de un objeto por tacto no es un proceso unitario, sino el resultado final de una serie de subprocesos. Estos subprocesos incluyen la detección de los contornos, la discriminación de texturas, la apreciación del peso (barognosia) y la capacidad de reconocer números o letras dibujadas sobre la piel (graphestesia). La astereognosia demostró que estos subcomponentes pueden ser disociados, llevando a la conclusión de que la corteza parietal actúa como un centro de integración multimodal, donde la información táctil se compara con mapas espaciales y recuerdos previos para generar una identificación consciente. La evolución de la técnica de neuroimagen, especialmente la Resonancia Magnética (RM), ha permitido correlacionar con precisión las manifestaciones clínicas de la astereognosia con lesiones focales en áreas corticales específicas, validando las hipótesis localizacionistas formuladas originalmente.

3. Características Clínicas Clave

La manifestación clínica de la astereognosia se define por una serie de fallos específicos en el procesamiento táctil que se pueden desglosar y evaluar individualmente. Aunque el paciente puede reportar que "siente" el objeto, su incapacidad para nombrarlo o describirlo revela el déficit gnósico. La evaluación detallada de las características clínicas es esencial para diferenciar la astereognosia pura de otros déficits sensoriales o motores que puedan simularla. La exploración requiere que el paciente cierre los ojos y manipule objetos comunes, como llaves, monedas, lápices o clips, y luego intente identificarlos.

El espectro clínico de la astereognosia a menudo se clasifica en subcategorías que reflejan diferentes niveles de procesamiento somatosensorial. La **amorfnosia** se refiere

específicamente a la incapacidad de reconocer la forma o el tamaño del objeto, lo que implica un fallo en la integración espacial de los puntos de presión. Por otro lado, la **ahilognosia** es la incapacidad de distinguir la cualidad del material o la textura, como diferenciar entre algodón y metal, o entre liso y rugoso. Además, otros déficits relacionados que a menudo coexisten incluyen la [barognosia](#) (incapacidad de estimar el peso) y la **anosis** (incapacidad de reconocer la temperatura). La presencia de estos déficits múltiples apunta a un daño extenso en las áreas asociativas del lóbulo parietal.

Una característica diagnóstica crucial es la preservación de la sensación primaria. El neurólogo debe confirmar que el paciente retiene la discriminación de dos puntos (la capacidad de distinguir si se le toca con uno o dos puntos cercanos), la sensación de vibración y la propiocepción articular. Si estas sensaciones primarias están perdidas, el diagnóstico sería de anestesia o hipoestesia, y no de astereognosia. La astereognosia, por definición, requiere que la información sensorial llegue correctamente a la corteza primaria somatosensorial (S-I), pero falle en el procesamiento posterior y en la asociación con la memoria y la identidad del objeto en la corteza de asociación parietal. Este fenómeno de disociación es la piedra angular del diagnóstico neuropsicológico de la agnosia táctil.

Fallo en la Integración Espacial: El paciente no puede construir una representación mental tridimensional coherente del objeto a partir de las sensaciones de contorno y presión.

Incapacidad de Reconocimiento de Textura: Dificultad para diferenciar superficies (suave, áspera, granular), incluso si la sensibilidad al tacto es normal.

Dificultad en la Asociación Semántica: La percepción táctil, aunque incompleta, no logra evocar la memoria o el nombre del objeto (e.g., sentir la forma redonda y el metal frío de una moneda, pero no poder identificarla como una "moneda").

4. Localización Neurológica y Fisiopatología

La astereognosia es típicamente el resultado de una lesión que afecta el lóbulo parietal posterior, particularmente la corteza de asociación somatosensorial secundaria (S-II) y las áreas de asociación adyacentes, incluyendo las áreas de [Brodmann](#) 5 y 7. Estas regiones son fundamentales para la integración de la información sensorial que proviene de la corteza somatosensorial primaria (S-I), la cual únicamente registra la localización e intensidad del estímulo. La corteza parietal posterior toma esta información cruda y la integra con datos de la memoria, la orientación espacial y el movimiento (propiocepción) para formar una percepción unificada del objeto manipulado.

El proceso fisiopatológico central reside en la interrupción de las vías que permiten la codificación de la forma y la textura. La información táctil discriminativa viaja a través del sistema de la columna dorsal-lemnisco medial, llega a la S-I (giro postcentral), y luego se proyecta a las áreas

de asociación parietal. Cuando una lesión (como un accidente cerebrovascular, un tumor, un traumatismo o una enfermedad neurodegenerativa focal) daña estas áreas de asociación, la capacidad de realizar el procesamiento gnóstico se pierde. Es importante notar que, dado que las proyecciones somatosensoriales son principalmente cruzadas, una lesión en el lóbulo parietal derecho causará astereognosia en la mano izquierda, y viceversa.

Además de las lesiones corticales, la astereognosia puede resultar de lesiones subcorticales que afecten las fibras de conexión entre la corteza somatosensorial primaria y las áreas de asociación. Esto incluye daños en la sustancia blanca adyacente al giro postcentral o en el tálamo (núcleo ventral posterior), aunque las lesiones talámicas suelen producir déficits sensoriales más amplios. La clave fisiopatológica es que el sistema somatosensorial se divide en dos grandes canales: uno para la detección (S-I) y otro para la interpretación y el reconocimiento (corteza parietal posterior). La astereognosia representa la falla del segundo canal, demostrando la complejidad jerárquica del procesamiento sensorial en el cerebro humano.

5. Diagnóstico y Evaluación

El diagnóstico de la astereognosia es eminentemente clínico y requiere una evaluación neuropsicológica sistemática que debe seguir una secuencia lógica para descartar déficits primarios. El primer paso crucial es confirmar la integridad de la sensación somática elemental: se evalúa la sensibilidad al tacto ligero, la percepción de vibración (usando un diapasón), la propiocepción (moviendo las articulaciones del paciente) y la discriminación de dos puntos. Si todas estas funciones primarias están intactas, se procede a la evaluación de la astereognosia.

La prueba estándar consiste en el "Test de Reconocimiento Táctil de Objetos". Al paciente, con los ojos vendados o cerrados, se le pide que manipule objetos comunes (monedas de diferentes denominaciones, llaves, tijeras, clips) colocados en su mano. Se registra si el paciente puede nombrar el objeto, describir su uso o identificar su forma. Para una evaluación más detallada, se pueden usar pruebas específicas para subcomponentes de la agnosia táctil, como el reconocimiento de formas geométricas de madera o el test de texturas (algodón, seda, lija). Una falla consistente en la identificación, a pesar de la manipulación prolongada, confirma la astereognosia.

El diagnóstico diferencial es fundamental. El examinador debe distinguir la astereognosia de la **anestesia cortical** (pérdida de sensación, a menudo causada por lesiones talámicas o lesiones extensas de S-I), la **apraxia ideomotora** (incapacidad para realizar el movimiento necesario para explorar el objeto de manera efectiva) y la **afasia** (incapacidad para nombrar el objeto, incluso si se reconoce su función). En la astereognosia, si el paciente ve el objeto, lo reconoce instantáneamente, lo cual no ocurre en los casos de afasia pura. La correlación de estos hallazgos clínicos con estudios de neuroimagen (RM o TAC) que muestren una lesión focal en el lóbulo

parietal posterior es el estándar de oro para la confirmación diagnóstica.

6. Impacto y Significado

El impacto funcional de la astereognosia puede ser significativo, afectando la capacidad del individuo para realizar tareas cotidianas que dependen de la manipulación precisa sin control visual. Actividades aparentemente simples, como buscar llaves en un bolsillo, abotonarse una camisa, o identificar la denominación de una moneda, se vuelven extremadamente difíciles o imposibles. Esto conduce a una dependencia notable de la visión para la interacción táctil, limitando la eficiencia y la seguridad en el entorno doméstico y laboral. En casos bilaterales, la discapacidad puede ser profunda, aunque la astereognosia pura y bilateral es menos común que la presentación unilateral.

Desde una perspectiva neuropsicológica, la astereognosia tiene un significado profundo al confirmar la naturaleza modular y jerárquica del procesamiento sensorial. Demuestra de manera irrefutable que el reconocimiento del mundo físico no es automático ni pasivo, sino un proceso activo de construcción e interpretación cortical. La existencia de la astereognosia, junto con otras agnosias (visual, auditiva), ha sido crucial para el desarrollo de modelos cognitivos que explican cómo el cerebro transforma la información sensorial en conocimiento significativo. Es una prueba clínica de la existencia de áreas cerebrales dedicadas exclusivamente a la integración multimodal y a la formación de perceptos complejos.

Además, la astereognosia sirve como un signo localizador altamente específico para el neurólogo. Su presencia unilateral sugiere fuertemente una lesión focal en el lóbulo parietal contralateral. Cuando se presenta junto con otros déficits parietales, como la [heminegligencia](#) (particularmente si la lesión es derecha) o componentes del síndrome de Gerstmann (agrafia, acalculia, agnosia digital), refuerza el diagnóstico de un síndrome parietal posterior. El reconocimiento temprano de la astereognosia permite una intervención terapéutica y rehabilitadora más dirigida, buscando compensar el déficit mediante el entrenamiento de otras modalidades sensoriales o el uso intensivo de la visión.

7. Debates y Diagnósticos Diferenciales

A pesar de su clara definición, existen debates en la literatura neuropsicológica sobre si la astereognosia es un déficit unitario o si es mejor conceptualizarla como un conjunto de déficits discretos (amorfognosia, ahilognosia, etc.) que pueden coexistir. Algunos investigadores argumentan que la astereognosia es simplemente el resultado final de un procesamiento espacial deficiente que afecta todas las modalidades, mientras que otros insisten en la existencia de módulos táctiles específicos para la forma y la textura. Esta distinción es relevante para la rehabilitación, ya que un enfoque terapéutico podría centrarse en la mejora de la discriminación

espacial o en el entrenamiento de la discriminación de texturas.

El diagnóstico diferencial es un área de constante atención clínica. Es vital distinguir la astereognosia de la **extinción táctil**, una condición donde el paciente solo percibe un estímulo si se aplica en un lado, pero lo ignora o "extingue" si se aplica simultáneamente en ambos lados (doble estimulación simultánea). Si bien ambos son signos de disfunción parietal, la extinción implica un fallo atencional, mientras que la astereognosia es un fallo de reconocimiento. Asimismo, debe distinguirse cuidadosamente de la **apraxia de la marcha** o de la apraxia ideomotora que impide la manipulación efectiva del objeto, ya que un paciente con astereognosia tiene movimientos normales y puede describir cómo debería manipularse el objeto, pero aun así no logra identificarlo.

Finalmente, la relación entre astereognosia y déficits de propiocepción es a menudo debatida. Aunque la definición clásica requiere la preservación de la propiocepción, lesiones muy extensas pueden comprometer tanto la sensación de posición como la gnosis táctil. En estos casos, el diagnóstico de astereognosia se complica, ya que la falta de información sobre la posición de la mano y los dedos impide la construcción de la imagen mental del objeto. Sin embargo, la regla general prevalece: si la información primaria (incluida la propiocepción) está ausente, el término apropiado es anestesia o ataxia sensorial, reservándose la astereognosia para el fallo en la etapa de interpretación cortical superior.

Lecturas Adicionales

[Agnosia \(Wikipedia en español\)](#)

[Neuroanatomy, Somatosensory Cortex \(StatPearls - NCBI\)](#)

[Lóbulo parietal \(Wikipedia en español\)](#)

[Astereognosis \(ScienceDirect Topics\)](#)