

ESCRITO 22. COMPLICACIONES NERVIOSAS EN EL CURSO DE UNA MIELITIS^{1*}.



Sandor Ferenczi (1902d). (Traducción: Equipo Indepsi - Biopsique).

En psicopatología tanto como en neurología, es frecuente que sean los especialistas más que los generalistas quienes se adentren en los casos interesantes. El neurólogo se complace al establecer su diagnóstico, como si tratara de encontrar la solución de una adivinanza o de una integral en matemáticas. El generalista, por el contrario, se interesa más en la etiología, en los pronósticos y en las terapias.

Desde esta perspectiva, el caso del que vamos a hablar merece ser publicado: esto nos ha llevado a tener un conocimiento fisiológico preciso del sistema nervioso simpático, de la anatomía del sistema cerebro espinal del enfermo, así como a localizar el foco patológico, para sacar una enseñanza concerniente a la etiología y el pronóstico. Como es el caso de la mayoría de los diagnósticos, tuvimos que proceder, al menos en parte, de una manera hipotético-deductiva. El hombre de sesenta y tres años que examiné en la consulta, se presentó con la cabeza ligeramente ladeada al lado derecho, paralizada y muy hacia adelante con respecto a su pecho, y su brazo derecho también colgaba. No obstante, se desplazaba bastante bien, a la altura de la nuca, sobresalían algunas apófisis. Observé una miosis² pupilar en los dos ojos así como una antigua úlcera bulbosa en el esternón. El diagnóstico inicial que elaboré fue parálisis del brazo. El origen medular estaba asociado a una afección en las vértebras del cuello. Los exámenes posteriores confirmaron esta hipótesis.

Sin embargo, me gustaría detenerme un instante sobre el mecanismo de elaboración “en mí mismo” de este diagnóstico: la mayoría de los escritos médicos ofrecen descripciones nosográficas haciendo aparecer la sintomatología como si el practicante no hiciera más que constatar, desde el exterior, un estado puramente objetivo desde el cual él podría inferir un diagnóstico fundado sólo sobre datos concretos. En realidad, muchas veces lo que sucede es lo contrario: uno se forma una cierta opinión del diagnóstico a partir de los síntomas más parecidos. A continuación, los exámenes practicados confirman o rechazan la hipótesis inicial. Desde el punto de vista didáctico, sería bueno que los autores hicieran su parte con sinceridad, sobre el modo en que se constituye, se confirma o rechaza el diagnóstico que elaboran. Pero, de hecho, para parecer infalibles, no publican más que las hipótesis y diagnóstico confirmados *a posteriori*.

En el caso aquí presentado, las indicaciones y los exámenes obtenidos hasta ahora, por cierto, confirman el diagnóstico inicial.³ La examinación profunda reveló que mi enfermo provenía de una familia donde la tuberculosis aparecía de generación en generación. Tosía desde hace varios años y presentaba una escráfula⁴ en el esternón. El desplazamiento de las vértebras del cuello se manifestó hace unos seis meses, y el examen permitió observar una cifo-escoliosis sin lordosis compensatoria. La curvatura normal del cuello casi había desaparecido, el enfermo presentaba entonces una actitud corporal cifótica. La curvatura del cuello, típica de los cifóticos, no era pronunciada: las vértebras cervicales estaban bajas, casi inexistentes, la cabeza caída

1*.- “Idegrenszeri Komplikációk gerincvelőgyulladás esetén”, en *Gyógyászat*, 1092, N° 52

2.- Miosis: contracción importante y permanente de las pupilas. NDT.

3.- Como contraparte, publiqué en la revista *Gyógyászat*, 1900, un artículo titulado “Dos errores diagnósticos” donde los dos diagnósticos iniciales que había hecho se habían revelado falsos. Sandor Ferenczi.

4.- Escráfula: Este término ya no se utiliza mucho en la medicina moderna. Se trata de una lesión cutánea, con tendencia a que se fistule. Esta lesión era frecuente durante las tuberculosis y las sífilis.

hacia adelante ubicaba el mentón sobre el esternón: la presión ejercida y el roce terminaron por provocar un verdadero decúbito que se hacia tratar permanentemente.

En ausencia de curvatura compensatoria, el enfermo estaba obligado a levantar sus pupilas y sus ojos cuando quería mirar hacia adelante. Esto es visible en la foto que se encuentra aquí.⁵ La columna vertebral está fracturada entre la quinta y la sexta vértebra cervical, tal como lo testimonia el examen radiológico. Esto no es suficiente para explicar el caso. La sexta apófisis espinosa, la más sobresaliente, está ligeramente desplazada a la izquierda en relación a las otras. La apófisis espinosa de la séptima vértebra también sobresale, pero está, lo sabemos, dentro de los rangos normales, razón por la cual ella se llama “vértebra prominente”. La región de la cuarta y sexta vértebra, es sensible a las presiones, y sus partes blandas, situadas en el costado convexo de la curva en el plano frontal, están inflamadas.

La afección de las vértebras repercute en el centro. En todo caso, sabemos que la espóndilo artritis (afección de las apófisis articulares de las vértebras) es mas bien rara. En este caso, es debido a una alteración central que la columna se deforma hacia adelante. La inclinación lateral resulta del hecho de que la parte derecha de las vértebras correspondiente al borde cóncavo de la escoliosis está muy claramente afectada, lo que explica los problemas neurológicos importantes que se manifiestan del lado derecho.

De hecho, el síntoma que surge inmediatamente es la parálisis del brazo derecho. Un análisis profundo reveló que no era el brazo sino ciertos grupos musculares los que estaban paralizados: el deltoides, el bíceps, el braquial interno y el supinador largo.

El enfermo no puede efectuar la abducción normal del brazo ni doblar el codo: la indicación del dinamómetro permite afirmar que los músculos de la mano izquierda son menos laxos que los de la otra y que el tríceps funciona normalmente. Los músculos tienen una tensión normal. La atrofia muscular no concierne entonces más que a los músculos paralizados del brazo. El contorno del brazo derecho es de 22 cm., mientras que el brazo izquierdo tiene 24 cm. (Medidas tomadas en la mitad del brazo). Las otras medidas son simétricas. La estimulación farádica pone evidencia las deformaciones características de una degeneración parcial de los músculos paralizados. Estas observaciones justifican la hipótesis según la cual la parálisis se debería a una disfunción del sistema nervioso periférico acompañada de una atrofia muscular. Esta parálisis del brazo corresponde a lo que llamamos la *parálisis del plexus de Erb*.

De todas formas, no es evidente, en el caso que nos ocupa, que el plexus este relacionado. El que atente contra las vértebras, nos induce, de hecho, a pensar que las partes anteriores están afectadas. Por lo que los mismos síntomas que resultan de una lesión del plexus, pueden repetirse a nivel de la quinta vértebra. La sexta, ligada al tríceps, y la séptima a los músculos del antebrazo, no están afectadas en este enfermo. El caso sería relativamente simple si los síntomas pupilares no originaran dificultades diagnósticas: en nuestro enfermo, las dos pupilas se achican en efecto, hasta casi alcanzar el diámetro de una cabeza de alfiler. Ninguna dilatación en la oscuridad y una respuesta muy débil a los estímulos luminosos. De este modo, descubrimos una parálisis muscular asociada a la disfunción de las vértebras del cuello. Sabemos también que las fibras midriáticas de la médula espinal a nivel del cuello están paralizadas, lo que implica un problema de los músculos pupilares. El oculo-motor mantiene la fuerza. Una miosis acompaña esta manifestación de parálisis del brazo. Ninguna de alteración de las vértebras cervicales es observable.

En el estado actual de nuestros conocimientos, sabemos que las fibras midriáticas están conectadas a los nervios simpáticos del centro cilio-espinal, gracias a las conexiones en relación con la primera vértebra de la espalda y las ramificaciones que parten de las vértebras cervicales. Contrariamente a la parálisis del brazo, el hecho de que la congestión pupilar sea bilateral nos da la clave del problema. Podemos, en efecto, suponer que a nivel de la región cilio-espinal (es decir en la proximidad de la lesión de las vértebras que explica la paquimeningitis), el líquido cefalorraquídeo está alterado. Lo que he observado en este enfermo me impulsa a estar a favor de esta hipótesis. Los síntomas asociados a la monoplejía así como a la degeneración por compresión medular son: intensificación del reflejo rotuliano, espasticidad muscular, micción difícil, hipotonía muscular del antebrazo.

Podríamos afirmar la existencia de dos focos de infección distintos: El foco vertebral y el foco espinal, la

5.- No fue posible reproducir la foto de la que habla el autor. Claude Lorin.

médula espinal podría ser la única causa de la parálisis del brazo, este foco corresponde al lado derecho de la sustancia gris.⁶ Pero esto no explicaría la bilateralidad de los síntomas pupilares. De hecho, esta hipótesis es poco probable: ya que una lesión a nivel de la médula espinal debería provocar de un lado el síndrome de Brown-Sequard.⁷ (La parálisis sería la misma, la hipoestesia, o al menos una hemiplejía pasajera se manifestaría al otro costado). Pero acá, por el contrario, el antebrazo no sufre mucho.

Otra posibilidad debe ser ahora encarada, saber que no son sólo la cuarta, la quinta y sexta vértebras las que son atacadas sino también la séptima, la octava y quizás la primera vértebra dorsal. Lesiones tan graves recuerdan una paquimeningitis. Esta hipótesis explicaría la hipotonía muscular del antebrazo, la bilateralidad del síndrome pupilar, los espasmos, la aparición de paresia en los miembros inferiores, como también las dificultades de micción y las compresiones a nivel de la médula espinal. La parálisis del brazo derecho debería ser causada por la alteración de todas las vértebras cervicales⁸.

La miosis bilateral prueba que no es el nervio simpático el que está afectado pero si sus ramificaciones pupilares. La prueba: no se observa ningún problema en la inervación general del nervio simpático, de tipo hipermiosis parcial, enrojecimiento de la piel, disminución de la secreción salival, etc. El dolor, difuso pero fuerte y reumatizante, característico de una afección a las vértebras, es manifiesto en el brazo paralizado. Este dolor se debe al hecho de que los nervios sensitivos se resisten más a las afecciones que los nervios motores.

Para respirar, el enfermo utiliza todos sus músculos respiratorios. En la inspiración, el vientre se contrae y se ahueca, en la expiración, se infla normalmente. Este problema recuerda una eventual paresia del diafragma. El nervio frénico que inerva el diafragma proviene de las vértebras cervicales (principalmente de la cuarta vértebra). La parálisis de diafragma se confirma por el hecho de que al menor esfuerzo muscular, el enfermo es objeto de una intensa disnea. La respiración está, entre otras cosas, muy perturbada a nivel pulmonar superior, y observamos arteriosclerosis de múltiples vasos.

Es evidente que el pronóstico es muy desfavorable. Una afección tuberculosa declarada a nivel vertebral en un sujeto joven es fácil de tratar. No es el caso de una persona de mayor edad. El proceso va a desarrollarse probablemente y terminará por extenderse, progresivamente, a las otras vértebras y a comprimir la médula espinal. El enfermo corre el riesgo de ser invadido por una serie de síntomas: paraplejía, afilisis, pielonefritis, decúbito. Es posible también que una parálisis total del diafragma acompañe la de los músculos respiratorios, la muerte llegará, en este caso, por asfixia. El tratamiento no puede ser más que sintomatológico. Probaremos una reeducación ortopédica sin grandes esperanzas de éxito. Como su nombre lo indica, la ortopedia tiene buenos resultados en los niños. La ortopedia quirúrgica, a menudo delicada, (trasplante muscular) no nos lleva a los resultados obtenidos en una edad tan avanzada.

Esta historia prueba que más de un caso patológico es interesante, por muy irrecuperable que sea, quiero decir inaccesible a la terapéutica. La autopsia no sería pertinente más que si la muerte sobreviniera antes de la propagación total del proceso patológico⁹.

Volver a Selecciones Ferenczianas

PÁGINAS DEL PORTAL ALSF-CHILE

<http://www.alsf-chile.org> - <http://www.biopsique.cl> - <http://www.indepsi.cl>

Contacto: alsfchile@alsf-chile.org.

6.- Cervicalis intumescencia. NDT.

7.- Brown-Sequard: Todavía llamado síndrome de interrupción de una mitad de la médula. NDT.

8.- Typus totalis. NDT.

9.- Patológico: Esto implicó un desarrollo importante de la imaginería no traumática (Scanner y resonancia nuclear magnética). NDT.