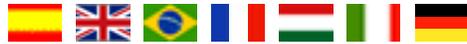


ESCRITO 11. EL FENÓMENO DE LAS RODILLAS EN LA CRISIS EPILÉPTICA.



Sandor Ferenczi (1900e). (Traducción: Equipo Indepsi - Biopsique).

Las monografías actuales que tratan acerca de la epilepsia plantean como una verdad inquebrantable “que en el curso de una crisis epiléptica la actividad refleja se suspende”. Se sostiene igualmente que las manifestaciones neurológicas “reflejas” pertenecen a la organización del sistema nervioso, aunque sus procesos y funcionamiento sean muy diferentes.

Afirmaciones tan perentorias despiertan interés y suspicacia: ya que no es obvio que la pérdida de conciencia, es decir, la aniquilación de los reflejos del córtex cerebral superior y la ausencia de respuestas reflejas subcortical se acompañen de una suspensión parcial o total del fenómeno de la rodilla¹ cuyo reflejo es atribuido principalmente al sistema cerebro espinal. De esta forma, siempre fui conducido a examinar de cerca los mecanismos reflejos en los enfermos epilépticos, durante y después de la crisis paroxísticas. Aunque observaciones no están totalmente acabadas, pienso no obstante que es interesante publicar los resultados obtenidos hasta ahora.

Para ir derecho al centro del problema, puedo decir que en la mayoría de los casos que he observado durante una crisis, el reflejo de la rodilla no estaba en absoluto interrumpido ni aniquilado, sino, bien por el contrario, intensificado.

Yo no soy, ciertamente, el primero en constatar este fenómeno que puede sorprender. Beevor adelantó “que en el curso de una crisis el fenómeno de la rodilla puede acentuarse”, Strümpel “que en el curso y al principio de las crisis, el fenómeno de la rodilla puede estar ausente, atenuado o también intensificado”. Féré por su parte afirma que “uno de los síntomas físicos en el curso de una crisis epiléptica es la atenuación mas o menos prolongada de los reflejos nerviosos”, Bisnwanger recuerda por su parte también el hecho de que los reflejos de la rodilla están, de alguna forma, afectados.

El resultado de mis observaciones está en total oposición con afirmaciones tan generales: he constatado que el “fenómeno de la rodilla” rara vez está ausente, y que en la mayoría de los casos, es manifiestamente más intenso que de costumbre.

Observé y seguí 34 enfermos epilépticos en el servicio de neurología y psiquiatría del hospital de los pobres “Erzsébet”. Pude observar en estos enfermos 29 crisis de “pequeño mal” y 129 crisis llamadas “clásicas”, son 158 crisis en total. En 28 enfermos, durante la crisis o en estado post crítico, el fenómeno de la rodilla pudo ser observado. En 22 de ellos, el fenómeno se intensificó, y solamente en 6 enfermos el fenómeno pareció atenuarse o estar ausente. El fenómeno no fue apreciado más que a simple vista y no pude medir los ángulos de desplazamiento como debería hacerse para determinar una valoración numérica cuando se requiere conocer con precisión la intensidad refleja del vasto externo². De esta forma, mis observaciones quedan fundadas sobre criterios subjetivos que aparentemente no serían tan pertinentes como un valor numérico preciso. Pero tengo una gran experiencia en este tipo de observaciones y creo poder apreciar con

1.- Fenómeno de la rodilla: este término ya no se utiliza ya que el conocimiento de los mecanismos subyacentes es actualmente más claro. Se trata del reflejo rotuliano. NDT.

2.- Vasto externo: músculo principal de la cadera. NDT.

justeza el grado de intensidad del fenómeno.

Habría, además, que efectuar comparaciones observando frecuentemente el fenómeno cuando se manifiesta entre las crisis. Las observaciones que hice al respecto llegaron al mismo resultado que las de Sternberg y otros, a saber que “en los epilépticos, el fenómeno de la rodilla está por lo general intensificado”.

Entre mis 34 enfermos, 20 presentaron una acentuación del fenómeno. En otros, el fenómeno apareció atenuado, incluso entra las crisis. Fue, en efecto, difícil suscitar una retracción del vasto externo. Se trataba, de hecho, de 6 enfermos cuyo reflejo estaba ausente o era muy débil en el curso de las crisis.

Actualmente, tenemos tendencia de pensar que un examen de los reflejos no está completo si no se sigue de un examen muscular. Esto no garantiza no obstante la medición exacta, es decir resultados dignos de confianza, ya que una gran parte queda siempre a la apreciación subjetiva individual. En efecto, es muy difícil distinguir la hipotonía o la hipertonicidad muscular con respecto al tono muscular normal³. Aunque estamos tentados de hacerlo en la ayuda de un método que permita resultados interesantes, la evaluación cuantitativa exacta de la tonicidad muscular no da actualmente ningún resultado válido. Esta es la razón por la que no atribuyo más que con un valor muy relativo en mis propias observaciones que con ello parecen “impresiones personales”.

Según mi opinión, el tono muscular de los epilépticos, durante la aparición del fenómeno de la rodilla, es más bajo que el tono normal. No existe, por el contrario, ninguna duda, que en la mayor parte de los enfermos (1 sujeto entre 20 en nuestro caso) la abducción pasiva de los miembros no fue posible sino después de superar una fuerte resistencia. Debo también precisar que los enfermos sometidos a mi examen son, no sólo epilépticos, sino, además, tienen enfermedades mentales como la idiotez o la debilidad.

El problema es como saber si la hipertonicidad o la hipotonicidad muscular, asociada al reflejo cuando tiene lugar entre las crisis paroxísticas, está causada por las crisis sucesivas o si tienen un vínculo con los problemas mentales asociados.

Esta evaluación del tono muscular en el epiléptico coincide con una concepción nueva. Esta última postula una relación entre la ausencia del reflejo de la rodilla, durante un tabes por ejemplo, y la hipotonicidad muscular de los enfermos que están afectados.

Sternberg explica la intensificación del fenómeno de la rodilla en el epiléptico por la ausencia del mecanismo de inhibición cerebral.

El problema consiste más bien en poder saber si no es mejor considerar la hipertonicidad muscular de los epilépticos como directamente responsable de la degradación de intensidad del reflejo tal como nosotros lo hemos observado. Los casos que encontré parecieran, en todo caso, justificar este último punto de vista.

Analicemos ahora con más precisión el fenómeno de la rodilla en el curso de la crisis epiléptica.

Durante una crisis epiléptica “clásica”, se observa toda una gama de estados musculares, de retracciones y parálisis.

En la fase tónica, todos los músculos del cuerpo se contraen al máximo y son tan duros como la madera. En este estado no es difícil provocar el fenómeno de la rodilla.

No obstante, es normal que en el momento de la rigidez general, la amplitud registrada luego de la estimulación de la rodilla sea mínima. No podemos sin embargo afirmar que el reflejo esté ausente. Por el contrario, podemos notar una cierta perturbación de los mecanismos reflejos fáciles de poner en evidencia, a pesar de una fuerte resistencia física. Esto significa que debemos observar el fenómeno en su nacimiento, ya que el aspecto manifiesto del fenómeno disimula una reacción del vasto que está latente: es la asunción de la resistencia muscular.

En la mayor parte de los casos observados en la fase clónica, el examen no fue posible. A veces, una corta pausa aparecía: en el curso de este relajamiento total, cuando la resistencia era prácticamente nula, el fenómeno estaba acentuado y amplificado.

3.- Normal: Resultan una contribución el desarrollo de técnicas más objetivas como el electromiograma o incluso la medición del reflejo de Aquiles. Estas técnicas son las más utilizadas en los últimos años. NDT.

Muchas veces ocurrió que la estimulación rotuliana provocara un clonus⁴”: entonces, el fenómeno de la rodilla hasta aquí latente se hace manifiesto.

¿Cómo darse cuenta de estas variaciones de la intensidad del reflejo de la rodilla?. Ya que, constatando un hipotonicidad muscular, deberíamos esperar, como en el caso del Tabés⁵, no poder observar el fenómeno de la rodilla! Esta experiencia pareciera poner en peligro las hipótesis concernientes a la fase tónica del reflejo de la rodilla. Es interesante hacer una diferencia entre las pérdidas de conciencia (síncope, como epiléptico durante y luego cuando los músculos se relajan) y la expresión fisiológica del Tabés.

Esta hipótesis, aunque sea seductora, es muy difícil de demostrar: en efecto, las dos formas de relajamiento muscular son distintas, por lo que no se puede considerar como una prueba la no aparición del fenómeno de la rodilla. Una lógica tal sería sofisticada si supusiera la existencia de una relación causal entre el tono y el reflejo de la rodilla pero esta hipótesis no es, en sí misma, verificada.

Según Huglings Jackson, el fenómeno de la rodilla no se manifiesta en el curso de las crisis epilépticas. El aumento del volumen sanguíneo que provoca la contracción de los músculos respiratorios sería la causa. El autor hace referencia a Ségueria quien no pudo provocar el reflejo en un niño luego de practicar una traqueotomía. Se refiere igualmente al hecho de que en los enfermos afectados de enfisema, el fenómeno de la rodilla es muy tenue seguido de un envenenamiento crónico con H₂Co₃. Nuestra experiencia prueba que el fenómeno de la rodilla en el curso de la crisis no está ausente. No deberíamos tomar en cuenta esta explicación hipotética de la ausencia sistemática del fenómeno en el curso de las crisis seguidas de una paralización pronunciada (boca espumosa, respiración entrecortada, cianosis del rostro, etc.) y esto confirma mi manera de pensar. He examinado, numerosas personas que sufrían de enfisema en el hospital de los pobres. Nunca observé la ausencia ni la atenuación del reflejo rotuliano en ellos.

Se concluye de esto que en la mayor parte de los enfermos que sufren simultáneamente epilepsia y psicosis crónica, el fenómeno de la rodilla se manifiesta durante e inmediatamente luego de la crisis y se encuentra muy amplificado. Este hecho siendo observado entre aquellos que manifestaban un reflejo rotuliano y una hipertonia muscular en fase paroxística. En otros sujetos (una minoría) el reflejo era débil en intensidad aún cuando el enfermo no estuviera en una crisis, (estos enfermos eran quizás ligeramente hipotónicos en estado normal). Claro está, el fenómeno de la rodilla también es atenuado e inexistente durante o después de la crisis.

Podemos decir, con algunas reservas sin embargo, que la crisis no modifica realmente el reflejo rotuliano. Este se intensifica en ciertos pacientes epilépticos. La crisis no hace sino que tomar el fenómeno más manifiesto aún en la fase que sigue a la crisis.

En 1875, Westphal y Erb descubrieron que se podía provocar una contracción muscular con la percusión de la punta de la rótula. Luego, los dos instigadores siguieron dos direcciones opuestas para explicar este fenómeno.

Erb consideró que se trataba de una manifestación puramente nerviosa, de un movimiento reflejo y por ello designó este fenómeno con el nombre de “reflejo de la rodilla”.

Westphal, al contrario, pensó que se trataba de una retracción puramente mecánica originada por la excitación muscular inducida, razón por la cual adoptó la denominación más general de “fenómeno de la rodilla”. Este último nombre es más modesto ya que no anticipa ninguna hipótesis a partir de la observación realizada. La oposición entre estas dos interpretaciones se mantiene hasta que se proceda a una investigación más en profundidad.

Se estudió más de cerca las relaciones entre el tono y el fenómeno de la rodilla en el hombre normal, así como en la patología, principalmente en el caso del tabés dorsal.

Entonces una tercera hipótesis vio la luz del día: una concepción intermedia descansando en el origen

4.- Esto significa que muchas de las contracciones son provocadas durante el examen de reflejos. NDT.

5.- Tabés: Es un síndrome neurológico ligado a la herida de gruesas fibras neurológicas lumbo-sacras. Lo mejor sabido, es que la etiología es sifilítica o diabética. La disminución de la incidencia de la primera y el mejor tratamiento de la segunda, hizo del tabés una rara afección en la época de Ferenczi. NDT.

reflejo-tónico de la reacción. Esta interpretación hace depender la intensidad y la sensibilidad refleja del fenómeno de la rodilla, del tono muscular, considerando la reacción como el producto de una excitación muscular mecánica.

En realidad, las concepciones científicas actuales son muy contradictorias en lo que concierne a la teología verdadera del “fenómeno de la rodillas” y del reflejo muscular tónico. Ciertos autores piensan que el centro reflejo está situado en la médula espinal, otros la localizan a nivel del cerebelo, ver el cortex cerebral⁶.

Podríamos aún dar multiplicidad de explicaciones e hipótesis teóricas concernientes a las características del fenómeno de la rodilla en los epilépticos, tal como se encuentran expuestas en la literatura.

Pero pareciera actualmente preferible, no compilar toda clase de hipótesis, sino más bien acumular de cada vez más elementos experimentales a fin de poder sacar conclusiones adecuadas a propósito de la etiología de tal fenómeno.

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.- Cerebral: En efecto, actualmente sabemos que en el plan anatómico el arco reflejo no pasa por la médula espinal. Ya que no completa las influencias “centrales” que pueden interactuar sobre el arco medular reflejo. Así, en la mayoría de los comas, los reflejos osteotendinosos están disminuidos o abolidos. NDT.