



Repertorio de Medicina y Cirugía

www.elsevier.es/repertorio



Historia de la medicina - Repertorio de antaño

Comentario. Un caso de paraplejía intermitente

Comment. A case of intermittent paraplegia

Eduardo Palacios

Servicio de Neurología, Hospital de San José. Sociedad de Cirugía de Bogotá. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá, DC, Colombia

He tenido la oportunidad de leer el artículo sobre «Un caso de paraplejía intermitente» publicado en REPERTORIO DE MEDICINA Y CIRUGÍA en octubre de 1917, es decir, hace 100 años, escrito por el profesor Calixto Torres Umaña, personaje importante de la época y sin duda uno de los precursores de la pediatría en nuestro país. Desde el primer momento llama la atención la narrativa del doctor Torres, la claridad con que expone la historia clínica y luego la presentación del examen físico refiriéndose a los puntos clave para llegar al diagnóstico. Es lo que se ha venido haciendo, mejor lo que debe hacerse cuando estamos estudiando un paciente. Es el verdadero método clínico el que nos permite tomar una serie de signos y síntomas para luego, ayudados por el examen físico, agruparlos en forma adecuada y así poder identificar las partes anatómicas y fisiológicas alteradas y de esta manera proponer un diagnóstico.

Siguiendo el orden cronológico de la historia, el primer problema serio de salud lo presentó el paciente hacia los 14 meses de edad. Se le diagnosticó bronconeumonía y otitis bilateral. Desde el punto de vista neurológico es llamativo un cuadro meníngeo acompañado de fiebre alta y convulsiones generalizadas hasta 10 veces diarias. Cuadro clínico gravísimo para la época, ya que no tenían antibióticos ni anticonvulsivantes. Practican una punción lumbar y obtienen líquido a «gran presión» de características normales; lo llamativo y sorprendente es que la fiebre desaparece y en apariencia el paciente mejora. Tan llamativo y sorprendente sería esta respuesta que deciden presentar esta observación ante la Academia Nacional de Medicina. El cuadro clínico es en realidad raro, un paciente con tal número de convulsiones al día debería presentar alteración de la conciencia, lo que no se menciona en la historia

y aparece una mejoría muy rápida. Me permito proponer una hipótesis: el problema de bronconeumonía y de otitis que lo aquejaban lo llevó a padecer temperaturas muy altas como nos informan, y es posible que esta elevación fuera la responsable de las crisis y en parte de la hipertensión endocraneana que parece que padeció. Al mejorar las patologías de base y bajar la fiebre, las crisis desaparecieron por completo, ya que en la historia no las vuelven a mencionar. Las crisis podrían ser de las llamadas febriles, que cesan al pasar la fiebre.

El episodio neurológico que presentó no parece haber influido en su desarrollo, ya que tiempo después el doctor Torres comenta que recibe un niño de fisonomía inteligente en el que no se observa la más ligera anormalidad mental. Llegamos ahora al verdadero problema de este paciente motivo del artículo en cuestión, es decir, el de la paraplejía intermitente. El doctor Torres hace un análisis muy completo de la enfermedad actual, los antecedentes que ya conocemos, el examen físico y entra a discutir el diagnóstico con lujo de detalles.

En varias oportunidades el paciente encontrándose muy bien presenta en forma súbita un cuadro de parálisis de las extremidades inferiores, sin síntomas ni signos agregados, informa que no hay dolor ni compromiso de la conciencia; realiza un examen completo de la sensibilidad encontrándose normal en todas sus formas, no hay alteración de los esfínteres, solo halla un reflejo patelar ligeramente aumentado. Con estos datos el profesor Torres Umaña hace una discusión que me parece muy acertada de las posibles entidades causales y explica cuáles no pueden ser, por ejemplo la patología medular, ya que no hay compromiso de esfínteres ni de la sensibilidad; tampoco un problema de histeria, «por la falta

absoluta de signos y de síntomas de histerismo». Discute la posibilidad de una lesión cerebral en el lóbulo paracentral, lo que en realidad podría ser, pero anota que una masa tumoral o un absceso no lo serían por el tiempo de evolución de la enfermedad. En fin, explica muy bien por qué algunas enfermedades no pueden ser, unas por ser hereditarias y raras (enfermedad de Hartwig) y otra, como la sífilis, por tener negativa la reacción de Wasserman y la normalidad del líquido cefalorraquídeo. Comenta la posibilidad de cambios circulatorios, lo que sería compatible con parálisis transitorias pero difíciles de explicar por su localización y la ausencia de otros síntomas. En su discusión el doctor Torres descarta también la presencia de masas tumorales o quistes, porque deberían dar mayores síntomas como es lógico. La propuesta de una «hidrocefalia interna adquirida» no es una posibilidad, ya que es infrecuente que presente estos síntomas intermitentes y estaría acompañada de cefalea y seguramente vómito, además de algún cambio en el fondo de ojo, que no aparecen en este caso. Por último, el profesor Calixto Torres y algunos compañeros llegan a la conclusión de que se trata de una tuberculosis, lo más posible un tuberculoma, teniendo en cuenta la frecuencia de esta entidad, la existencia del signo D'Espine que presenta el paciente (positivo en el 90% de los casos) y que la reacción de Von Pirquet es muy positiva. El signo D'Espine consiste en que el paciente, al hablar en voz baja, el médico ausculta sobre las vértebras y en algún

momento la voz se escuchará más fuerte. La reacción de Von Pirquet es similar a la tuberculina pero menos exacta. Según esta presentación el paciente podría tener una tuberculosis, pero no es fácil explicar una paraplejia intermitente. El buen estado general del paciente y el líquido cefalorraquídeo normal están también en contra de esta hipótesis.

Si estudiara este paciente en la actualidad, después de lo que se ha comentado, una de los cuadros más posibles puede deberse a trastornos del potasio, que producen típicamente parálisis periódicas. La más frecuente es la hipokalemia, que suele observarse con debilidad generalizada, más evidente en las extremidades inferiores. Menos frecuente es la fístula dural medular, donde el síntoma aparece cuando el paciente hace ejercicio fuerte y se atribuye a robo vascular.

No encontramos otras patologías a las que se les pueda atribuir como síntoma único debilidad intermitente de las extremidades. Una vez descartadas todas las posibilidades debe pensarse en un cuadro de tipo psiquiátrico que en neurología podemos designar como parálisis histéricas o conversivas.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.