

## NOTAS CLÍNICAS

### ENCEFALITIS LETARGICA EN LA ACTUAL EPIDEMIA DE GRIPE

J. CALVO MELENDRO y P. SÁNCHEZ-MALO  
GRANADOS.

Clinica Médica del Hospital Provincial de Soria.  
Director: Doctor J. CALVO MELENDRO.

Hasta el momento de escribir estas líneas, no han llegado a nuestro conocimiento publicaciones que den a conocer la existencia de encefalitis en la pandemia actual. En estos últimos días (noviembre de 1957) hemos tenido ocasión de observar varios casos de encefalitis con el cuadro clínico de la forma letárgica que describió VON ECONOMO en 1917. El hecho nos parece que tiene interés desde el punto de vista epidemiológico, clínico, patogénico y terapéutico. Haremos primeramente un resumen de las opiniones reinantes sobre la encefalitis letárgica y sus relaciones con la gripe; la exposición posterior de nuestra experiencia dará idea de la contribución que representa en los diversos aspectos del problema.

\* \* \*

La enfermedad de VON ECONOMO, caracterizada principalmente por fiebre, estupor y oftalmoplejía, fué vista con bastante frecuencia en la época considerada como de su descubrimiento, y los años posteriores, hacia el 1921, alcanzó proporciones epidémicas en casi todos los países de Europa. En 1924 se notificaron en Inglaterra 5.039 casos; en los años siguientes sólo hubo casos esporádicos, siendo ya extremadamente rara en 1939; después, ha despertado poco interés. Recientemente, muchos la niegan como entidad clínica independiente; muy rara vez aparece algún autor, como ESPÍR y SPALDING (1956), que llama la atención sobre su relativa frecuencia. En 1929, VON ECONOMO y CRUCHET sostuvieron una polémica sobre la prioridad en el descubrimiento; sostenía el último de ellos que la llamada encefalitis letárgica debía incluirse en otra enfermedad de proteiforme sintomatología por él descubierta y denominada encefalitis epidémica. La lectura de trabajos pertenecientes a las dos últimas décadas da la impresión de que tenía razón CRUCHET: casi todos se refieren a la encefalitis epidémica, separándola de las encefalitis postinfecciosas. Ahora el asunto se ha complicado mucho por la aparición de múltiples brotes con peculiaridades

clínicas que, según sus observadores, son suficientes para darlas carácter propio e independiente. En algunas ocasiones se consiguió aislar nuevos virus; en otras, las investigaciones a este respecto fueron negativas (Royal Free Hospital, AKUREYRI, ADELAIDE, etc.). Es muy difícil también diferenciar las formas bulbares y mesencefálicas de la poliomielitis, así como de ciertos brotes de esclerosis en placas agudos. Es natural que, mientras no se conozca exactamente el agente etiológico, pisemos un terreno poco firme en la clínica. Tampoco la anatomía patológica es capaz de diferenciar, como pretendían algunos trabajos aparecidos en los años 1934 y posteriores. En marzo de 1957, MILLER, STANTON y GIBBONS dicen que el cuadro clínico puede ser variado, pero la base histopatológica es notablemente similar en todos los casos, basada esencialmente en una lesión cuyo resultado final es la desmielinización perivenosa.

Casi todos los autores están de acuerdo en que la encefalitis letárgica es independiente de la gripe: su coincidencia en los años 1918 al 1921 fué pura casualidad. Según CURSCHMANN, la encefalitis de Von Economo fué anterior a la gripe; ya en el año 1915 es señalada en Rumania y en el invierno de 1915 al 1916 se observó entre las tropas francesas de Verdún. En todos los demás brotes de gripe, como en el año 1933, 1936, etcétera, no hubo ningún aumento de la morbilidad encefálica. E. MAY, en el tratado de Medicina de ROGER WIDAL, apoya plenamente la misma opinión. H. PETTE dice que son muchos los hechos que hablan en contra de la creencia de que la gripe tiene algo que ver en la etiología de la encefalitis letárgica, aunque el hecho de que en los años 1919 a 1921 coincidieran ambas no puede desestimarse; lo más probable, dice el autor, es que el perjuicio local de las mucosas abra las puertas del organismo al virus encefálico, o también que se cree una situación inmunobiológica favorable a las infecciones neurales.

A parte de la encefalitis de Von Economo existe la postgripal, como una de tantas, aparecidas en el curso o convalecencia de las enfermedades infecciosas. Diferenciar una de otra es problema difícil, aunque aparentemente se pueda resolver sin más que tener en cuenta su aparición después de la gripe o sin ser precedida por ella, fácilmente se comprende la poca seguridad que podemos tener respecto a que haya tenido lugar un cuadro clínico banal totalmente inadvertido. Desde un punto de vista clínico me parece imposible hacer la distinción, a pesar de la opi-

nión de algunos autores como BAUMANN y LEEUW, quienes solamente con la alteración, más o menos intensa, de los reflejos y el líquido cefalorraquídeo pretenden diferenciarlas, o bien como dice MARIE THERÈSE COMBY, porque el sueño es mucho menos profundo en la encefalitis postgripal.

Casos vistos personalmente desde el 1 al 18 de noviembre de 1957.

Número 1. P. T. A., de diez años de edad, es traída a la consulta el 1-XI-57. Coinciendo con ambiente gripal en el pueblo y dentro de su casa, hace diez días cae enferma con fiebre, dolor de cabeza, tos seca y conjuntivitis; tres días después se encuentra bien, habiendo desaparecido casi por completo toda la sintomatología; pasada una semana más, y estando sin molestias, empiezan a notarla que duerme mucho, se pasa en pleno sueño todo el día, del cual sólo sale con fuertes estímulos, para volver en seguida al letargo; si se la obliga a mantenerse despierta aparece ligera irritabilidad y agitación motora. La exploración es negativa, salvo pequeña ptosis palpebral y mirada fija, sin que sea posible conseguir movimientos de rotación o convergencia en los globos oculares.

Se la sometió a un tratamiento de benzedrina, coramina y sulfato de estricnina. A los diez días hemos sabido que se encuentra bastante mejorada no habiendo aparecido otros signos neurológicos.

Número 2. (7-XI-57).—A. C. M., de diecisiete años de edad. Veintiún días antes, varios miembros de la familia tuvieron gripe; él mismo fué afectado de dolor de cabeza, fiebre de 40° y tos seca; echó sangre por la nariz y tuvo algunos vómitos alimenticios; bajó la fiebre poco a poco, hasta quedarse sólo en décimas, a los ocho días, que llegaron a desaparecer también; poco después, tres días antes de ser visto por nosotros, 38° de fiebre, y le notaron que no se daba bien cuenta de las cosas; en seguida sueño profundo, del cual se le logra despertar con dificultad; alguna vez ha llegado a orinarse sin sentirlo; en los escasos momentos que tiene de vigilia está indiferente a lo que le rodea. Come cuando le obligan, pero vomita todo; estreñido. Ptosis palpebral, si bien logra abrir los ojos con mucho esfuerzo, permaneciendo con la mirada fija y los globos oculares sin movimiento; gran hipotonía muscular. Bradipnea y bradicardia; hay algunas pausas en la respiración. Reflejos rotulianos disminuidos. El resto de la exploración normal, incluyendo el líquido cefalorraquídeo.

Se le somete a un tratamiento de sulfato de estricnina, benzedrina y coramina; a los dos días el enfermo se encuentra peor, habiéndose acentuado el letargo y la bradipnea: vomita todo lo que toma. Se inicia un tratamiento con prednisona a dosis de 15 mg. diarios y pocas horas después empieza a desaparecer el letargo, así como los vómitos, encontrándose bien a los tres o cuatro días, mejoría que persiste.

Número 3. (8-XI-57).—H. G. C., de veintidós años de edad; quince días antes de acudir a la consulta padeció una gripe típica al mismo tiempo que los demás de la casa; en tres días se quedó sin fiebre, persistiendo solamente una tos seca; una semana después intenso dolor de cabeza, vómitos constantes y mareos muy frecuentes e intensos, aunque sin llegar a perder la conciencia. Fiebre de 37,8°. Desnutrición y palidez intensas. Nistagmus en posiciones extremas laterales. El resto de la exploración normal. Se le hace un tratamiento con 400 mg. diarios de butazolidina, desapareciendo en seguida toda la sintomatología, y encontrándose hasta la fecha (20-XI-57) completamente bien.

Número 4. (15-XI-57).—T. G. A., de diecinueve años de edad. Dos días antes de su ingreso, repentinamente, empezó a tener dolor fuerte de cabeza y vómitos alimenticios de todo lo que toma; en seguida la notaron que se le torcía la boca hacia el lado derecho y hablaba con alguna dificultad; fiebre alta. Se confirma en la exploración parálisis facial izquierda; reflejos rotulianos exaltados; hiperestesia; no pueden hacerse los movimientos de los globos oculares de convergencia ni hacia los extremos; las pupilas reaccionan bien a la luz. No hay signos meníngeos. El líquido cefalorraquídeo es normal; no se aprecian otras alteraciones neurológicas. Se somete a un tratamiento por butazolidina, 400 mg. diarios; persiste la sintomatología en el mismo estado, salvo la fiebre, que disminuye; aparece tendencia acentuada al sueño, que va aumentando hasta constituirse un verdadero letargo; coincidiendo con esto los reflejos rotulianos disminuidos y gran hipotonía muscular sin parálisis; tiene dificultad para tragar, pero no hay parálisis del velo del paladar; se queja de hormigueos y entumecimientos en las manos. Se suprime la butazolidina y se empieza a dar prednisona, 15 mg. diarios, apareciendo desde la segunda toma una mejoría manifiesta en el letargo y en la tolerancia de alimentos e hipotonía muscular. Continúa en tratamiento.

Número 5. (16-XI-57).—N. J. P., de sesenta años de edad. Gripe, con otros miembros de la familia, hace quince días; desapareció la sintomatología gripal a los cuatro días, pero se le apreciaba falta de memoria para los hechos recientes. Hace dos días nuevamente fiebre, estrabismo y diplopia; al día siguiente paresia de miembros derechos y somnolencia muy intensa. Reflejos rotulianos algo exaltados. No Babinski. Hipotonía muscular en lado derecho; parálisis del recto externo derecho. El resto de la exploración negativo. Se inicia un tratamiento con prednisona y empieza a notarse alivio.

\* \* \*

No nos parece necesario hacer un diagnóstico diferencial, puesto que el ambiente epidémico, en lo que se refiere a la gripe, no da lugar a dudas; la aparición de sintomatología nerviosa con los caracteres reseñados, estimamos que es suficiente para el diagnóstico de encefalitis. En el caso número 4, al decir de la familia, no había padecido gripe, si bien en la casa la habían tenido los padres y dos hermanos más, quedándose otro hermano y ella sin ser atacados. Teníamos, pues, que concluir que era una encefalitis primitiva con los síntomas típicos descritos por VON ECONOMO.

En nuestro concepto, las observaciones que comunicamos tienen interés porque demuestran:

1.º Que en la actual epidemia de gripe se han dado casos de encefalitis cuya sintomatología corresponde a las primeras descripciones de VON ECONOMO. No podemos precisar con qué frecuencia, puesto que son enfermos vistos al azar entre los llegados a la consulta particular y el hospital. Sabemos también de algún médico de esta provincia que ha visto en estos días casos similares.

2.º Que clínicamente es imposible diferenciar las encefalitis postinfecciosas, en este caso postgripal, de la encefalitis epidémica primitiva.

3.º Que probablemente en muchos, o en to-

dos los casos de las formas idiopáticas, pudo existir una infección anterior no percibida por el enfermo, o bien que el virus causante, sin dar lugar a enfermedad, provocó cambios en el organismo capaces de hacer posible la aparición de la encefalitis. Nos parece demostrativo a este respecto nuestra observación número 4.

4.<sup>o</sup> Que terapéuticamente poseemos, al parecer, un arma bastante eficaz en la prednisona, aunque no sabemos todavía si podrá influir en la presentación de secuelas; y

5.<sup>o</sup> Que el hecho de la mejoría con los derivados de la cortisona hace suponer una patogenia alérgica y va en contra de la actuación directa del virus.

#### RESUMEN.

Durante la primera quincena de noviembre de 1957, coincidiendo con el desarrollo de la gripe en la provincia de Soria, han acudido a nuestra consulta particular y Servicio del Hospital Provincial cinco enfermos con el cuadro clínico

correspondiente a la encefalitis letárgica de VON ECONOMO, siendo el letargo el síntoma predominante en cuatro de ellos. La encefalitis apareció en todos, menos uno, entre el cuarto y octavo día de convalecencia del proceso gripal; al parecer, en un caso no hubo infección gripal anterior.

La prednisona actuó muy favorablemente siempre que se hizo uso de ella.

Se hacen algunos comentarios sobre el interés de estos casos en relación con el estado actual del problema.

#### BIBLIOGRAFIA

- ESPIR Y SPALDING.—Brit. Med. J., 1, 1.141, 1956.
- VON ECONOMO.—Presse Méd., 798, 1929.
- RENÉ CRUCHET.—Presse Méd., 990, 1929.
- MILLER, SATANTON Y GIBBONS.—Brit. Med. J., 1, 668, 1957.
- CURSCHMANN.—Münch. Med. Wschr., 1.846, 1937.
- E. MAY.—Nouveau Traité de Medicine. Roger, Widal y Tissier. Paris, 1925.
- H. PETTE.—Die Akut Entzündlichen Erkrankungen des Nervensystems. Leipzig, 1942.
- BAUMANN Y LEEUW.—Z. Neur., 143, 403, 1933.
- MARIE THERESE COMBY.—Les encephalites aigües post-infectieuses de l'enfance. Paris, 1935.

#### UN CASO DE TIROIDITIS DE HASHIMOTO (\*)

F. TRUJILLO CASTRO.

Instituto de Fisiología y Patología Regionales de Tenerife.  
Director: T. CERVIÁ.  
Hospital Insular Central. Director: F. TRUJILLO CASTRO.  
Santa Cruz de Tenerife.

La tiroiditis constituye en menos del 1 por 100 de las enfermedades del tiroides. Aceptamos, con BLANCO SOLER, que constituyen entidades nosológicas y características las descritas, respectivamente, por RIEDEL en 1896, por HASHIMOTO en 1912, por DE QUERVAIN en 1904, sistematizada más tarde (1936) por DE QUERVAIN y GIORDANENGO. No entraremos, pues, en las discusiones que han suscitado y suscitan aún las tiroiditis respecto a si deben ser consideradas o no como estadios distintos de una misma enfermedad.

Se acepta, comúnmente, que estos tres cuadros clínicos se presentan en una proporción aproximada de 70 : 10 : 1 para la de HASHIMOTO, granulomatosa de DE QUERVAIN y de RIEDEL, respectivamente.

Refiriéndonos concretamente a la tiroiditis de HASHIMOTO, parece que su frecuencia ha aumentado en los últimos años, y así, mientras GRAHAM, en 1931, afirmaba haber encontrado sólo 24 casos en la literatura mundial, CRAIG, SPANN y LOWBEER encuentran en 1952 nada me-

nos que 562 casos, a lo que habría que añadir, desde entonces, 170 de LINDSAY y 70 más de BREWER y ORR. Puede pensarse, desde luego, que el mejor diagnóstico y la publicación de más casos que hubieran quedado antes inéditos contribuyen a este sorprendente aumento en las cifras conocidas.

En nuestro Hospital Central de Santa Cruz de Tenerife han sido vistos desde abril de 1954 34 bocios, distribuidos así: 17 hiperfisoides, 16 normofisoides y un hipofisideo, de los cuales hemos operado nueve. Nuestra provincia no es bociosa, si se exceptúa un núcleo en la Isla de La Palma, pero que no aporta sus casos por tener dicha isla servicios médicos y hospitalarios eficientes. DURÁN MOLINA, en una encuesta sobre bocio en nuestra capital, encuentra una proporción de un caso por cada mil habitantes, aproximadamente, cifra reducida, y que confirma lo anteriormente expuesto. Debe tenerse en cuenta que la encuesta está hecha sobre enfermos procedentes no sólo de la isla de Tenerife, sino también de las de Gomera e Hierro.

Hemos considerado que tiene algún interés aportar un caso más de esta enfermedad, que hemos tenido ocasión de ver y tratar, y que es el siguiente:

Enferma M. R. D., de cuarenta y dos años de edad, y natural de Valle Gran Rey (Gomera), acude al Hospital con molestias en fosa ilíaca derecha que ella atribuye a una apendicitis crónica, que no se confirmó, y por sufrir frecuentes "asfixias", particularmente a los cambios de posición de la cabeza. A la exploración se aprecia un tiroides moderadamente aumentado de volumen

(\*) Comunicación a la III Reunión Hispano-Lusa de Endocrinología. Valladolid, octubre 1957.