

NEURONITIS (*)

por el

DR. LÓPEZ RUIZ

El cuadro clínico de la neuronitis o síndrome de Guillain Barré constituye, a nuestro modo de ver, una verdadera entidad, pues con algunas variantes tiene una forma de comienzo, signo y síntomas, curso, evolución y terminación bastante típicos. Si además de esta razón aducimos que no es un proceso del todo raro (seis enfermos nuestros en la clientela privada de cinco años), son motivos por los que creemos de algún interés hacer esta comunicación, no obstante existir magníficas contribuciones de autores nacionales y extranjeros (1, 5, etc.). Antes de proseguir señalaremos que la etiología, patogenia, anatomopatología y terapéutica son en la neuronitis, como en tantos otros problemas de la clínica, cosas no resueltas. No vamos, por tanto, a ocuparnos de ellas. Tampoco nos vamos a detener en la descripción de cuadros polineuríticos parecidos al de la neuronitis, como los descritos después del empleo de la vacuna antirrábica (7) y en el curso de algunas formas de difteria (3, 4, 10), también con alteración liquidiana (aunque menos manifiesta que en el Guillain Barré) y síndrome parético más insidioso que el neuronítico, como señalan Gaskill y Korb (4). Por otra parte, en estos cuadros diftéricos la parálisis de la acomodación suele ser la regla. Estas diferencias, esquemáticamente señaladas, nos permiten deslindar esos síndromes secundarios del de la neuronitis primaria, entidad clínica, repetimos, bien demarcada. Sólo trazaremos brevemente a continuación los cuadros clínicos de nuestros enfermos, con los comentarios que nos sugieran.

Como caso patrón puede servir el siguiente:

Enfermo M. L. C., de cuarenta años de edad, casado, natural y vecino de Lucena (Córdoba), visto en julio de 1946. Quince días antes de acudir a la consulta sufre un enfriamiento, y ya éste en regresión, unos cinco días más tarde, empieza con dolores muy intensos en el hombro derecho, cree que con fiebre, que se extienden a los restantes miembros en el curso de los días inmediatos, persistiendo al acudir a la consulta. Casi al par de estas molestias se va encontrando flojo, sin poderse mantener erguido, y unos cuatro días antes de verlo nosotros ya no manejaba las piernas. Dificultad para obrar. Nota algo extraño en la cara. Antecedentes sin interés.

En la exploración, sujeto trasladado a brazos, con parálisis total de las piernas, flácida, sin atrofas. Arreflexia superficial y profunda de los miembros inferiores; los superiores, normales. Parálisis facial periférica izquierda. Restantes exploraciones, negativas.

Fórmula y recuento, normales. Velocidad de sedimentación, 20 mm. a la hora. L. c. r. transparente e incoloro, con 3 células por milímetro cúbico, globulinas de dos cruces; albúmina, 1,92 por 1.000. No gérmenes. Meinicke negativo, Benjuí coloidal, 0000001222100000.

(*) Comunicación a la Academia de Ciencias Médicas de Córdoba el 13-I-1950.

Con el diagnóstico de neuronitis se dispuso tratamiento a base de vitamina C y complejo B, cuidados higiénicos y mecanoterapia. A los pocos días inicia mejoría y a los dos meses estaba completamente curado.

Se trata de un hombre de cuarenta años, que con buena salud anterior sufre un vulgar enfriamiento por mojadura y a los pocos días padecer dolores en los miembros, paraplejía flácida, parálisis facial, alguna pereza intestinal y presenta un l. c. r. con normocitosis, gran aumento de la cifra de albúmina y reacción consiguiente de globulinas, que cura en dos meses y medio. Pero antes de proseguir el comentario, veamos este otro caso:

J. G. R., de cincuenta y nueve años, casado, de Bujalance (Córdoba) visto en consulta el 20 de julio de 1947. Cuatro días antes, dolores por todo el cuerpo, a ratos muy violentos, dificultándole el sueño. A los dos días, parálisis de las piernas y en seguida disminución de capacidad para manejar los miembros superiores. Arreflexia. Parálisis facial periférica derecha. L. c. r. claro y transparente, con 4 células por milímetro cúbico. Pandy, Ross Jones y Nonne Appelt de tres cruces. Albúmina, 1,40 gramos por 1.000. Oro coloidal, 0011100000. Serología negativa.

Caso parecido al anterior, sólo que más difusa la parálisis, que fué mejorando en los días siguientes y en el transcurso de un mes estaba bueno. Revisemos aún el siguiente caso:

R. R. R., de veintiocho años, soltero, natural y vecino de Pozoblanco (Córdoba). Visto en la consulta el 27 de agosto de 1949. Diez días antes, al acostarse, escalofrío y cree que fiebre. A la mañana siguiente se encuentra con las piernas torpes y por la noche están paralíticas y las manos con movimientos dificultosos. Desde entonces, parálisis de todo el cuerpo, que le obliga a estar en cama, teniendo ratos en los que puede mover algo un miembro. No puede tampoco manejar la cabeza; sólo cuando le sientan en la cama y se la colocan erguida. Tuvo al principio ligeros dolores en los muslos. Defecación y orina bien.

Buen estado de nutrición, apirexia. Parálisis de los cuatro miembros y de los músculos del cuello. Ausencia de reflejos profundos. Abdomen con tono muscular y con reflejos tenues. Paresia del VII inferior izquierdo. Sensibilidades normales, como el resto de las exploraciones.

Recuento y fórmula, aglutinaciones, serología y orina sin anomalías. Punción lumbar, tendido, presión 14 mm., que con el Queckenstedt asciende a 18 y por la acción de la prensa abdominal también sube a 18. Después de extraer 10 c. c. de liquor, presiones 8-18-18, respectivamente. L. c. r. claro y transparente, con 3 células por milímetro cúbico. Pandy, Ross Jones y Nonne Apelt de una cruz. Albúmina, 0,55 por 1.000. No gérmenes. Wassermann negativo, con todas las diluciones.

Tratamiento.—Higiene de la piel, complejo B. A los dos meses estaba completamente bueno, haciendo vida ordinaria.

Acabamos de reseñar de manera esquemática tres historias muy similares en sus pormenores y que pueden servirnos, complementándose, para dejar de una vez expuesto el cuadro clínico completo de la neuronitis. La enfermedad, denominada por Mills en 1898 con este nombre, y también conocida por el de síndrome de Guillain Barré, tiene una porción más de nombres (polineuritis infecciosa aguda, encefalo-mielo-ra-

diculoneuritis aguda infecciosa, polineuritis infecciosa con parálisis facial, etc.), que sólo pueden contribuir a oscurecer su concepción. Se trata de un proceso de instauración aguda, paralítico, muchas veces con carácter ascendente; es éste uno de sus rasgos más salientes, y cupo el mérito al gran clínico Osler disgregarlo en 1892 del síndrome de Landry, titulándolo "polineuritis aguda infecciosa". Afecta por lo común al adulto, varón sobre todo, y se inicia por una infección aguda respiratoria alta, seguida de dolores en los miembros (en los cuatro o sólo en uno o dos miembros), preferentemente muslos y caderas, brazos y hombros, es decir, proximales. Simultáneamente o poco después se instalan las parálisis en los miembros inferiores, y a menudo sigue en los superiores, con arreflexia superficial y profunda y saltando el tronco, que queda más o menos respetado. Este "hiatus" constituye un elemento valioso de diagnóstico diferencial con la poliomyelitis, sobre todo en sujetos jóvenes. Las sensibilidades se alteran en poca cuantía y los esfínteres también a menudo. Es frecuentísima la afección de pares craneales, sobre todo del facial, uno de los rasgos clínicos más salientes del proceso, que fué señalado por Patrick (9). Igualmente típico de la enfermedad es la disociación albuminocitológica del l. c. r., descrita en 1916 por Guillain Barré y Strohl sin existencia de bloqueo, según aducen las pruebas manométricas con la maniobra de Queckenstedt. Este elemento, juntamente con la existencia de la parálisis facial, nos ha permitido descartar diagnósticos de compresiones medulares en consultas con colegas sobre alguno de nuestros casos. En fin, la evolución es favorable, produciéndose una mejoría progresiva hasta lograrse la curación más o menos total en pocas semanas o meses. Sin embargo, en ocasiones se prolonga desesperadamente la regresión, tardando muchos meses y hasta años, como en el caso de Nielsen evolucionado en diez años (8). La mortalidad que señalan los autores es de un 20 por 100 aproximadamente. En la serie de catorce casos de Jiménez Díaz (5) sólo ocurrió una muerte. Nuestros seis casos han curado totalmente. No conocemos ninguna medida terapéutica eficaz; se propugnan numerosos remedios, expresión de su inutilidad. En nuestros casos hemos dirigido atención preferente a la profilaxis de eventuales complicaciones (respiratorias, urinarias, decúbitos).

Los restantes enfermos de nuestra serie, aunque con características fundamentales comunes, presentan variantes clínicas que puede tener interés conocer. Tal el caso de

B. V. T., mujer de treinta y ocho años, casada, natural y vecina de Lucena, vista en noviembre de 1949. Comenzó el proceso veinticinco días antes con fuerte dolor en la espalda y hormigueos y dolor en las piernas. Pocos días después, impotencia de dichos miembros y dificultad para orinar, que sólo se producía por rebosamiento. A continuación, hormigueos en las manos y falta de movimientos de la cara, no pudiendo mover los labios ni cerrar los ojos. Cinco días antes de verla nosotros, fiebre alta, fatiga, tos y dolor en el costado derecho. Antecedentes sin interés.

En la exploración, disnea, fiebre de 39 grados, con un foco neumónico derecho. Parálisis facial doble periférica. Paresia de miembros superio-

res y más acusada de inferiores, sin apenas respuesta tendinosa. Abdominales débiles. Areas de hipoestesia de tipo no radicular. Resto de exploraciones, nada anormal.

Punción lumbar, tendida, presión 18 mm., que sube rápidamente a 30 por compresión yugular. L. c. r. claro y transparente, con 3 células por milímetros cúbico, globulinas negativas y 0,20 de albúmina.

Tratamiento.—Penicilina y cardiotónicos, etc. Curó la neumonía y posteriormente fué mejorando la parálisis hasta desaparecer y hacer vida normal. La diplegia facial persiste aún a los dos meses, según nos informa su médico de la localidad.

Se trata de una neuronitis con diplegia facial, eventualidad no infrecuente en este proceso, en cuyo curso, posiblemente por circunstancias mecánicas coadyuvantes (decúbito, paresia diafragmática, etc.) se instala una neumonía, que cede con los recursos habituales. Casi todos los autores señalan la mayor frecuencia de la neuronitis en el hombre. De acuerdo con tal observación, éste es el único caso femenino de nuestra serie. Hay que consignar asimismo la ausencia de disociación albuminocitológica, cosa que no invalida el diagnóstico, pues tal fenómeno requiere despreciarse en ocasiones, reiterando las punciones lumbares, y sólo en algunas fases del curso clínico es visible. En este caso no nos fué posible repetirlas por ausentarse la enferma. Los restantes caracteres clínicos y el curso del proceso son en este caso suficientes para asegurar el diagnóstico.

J. R. A., varón, de cuarenta y seis años, natural y vecino de Baena (Córdoba), visto en agosto de 1948.

Veinticinco días antes, escalofrío, malestar general y fiebre alta, cosas que cedieron unas horas después. Repiten los mismos fenómenos a las cuarenta y ocho horas, y de nuevo otros dos días después, acompañado de cefaleas, delirio y vómitos, que fueron mejorando en dos o tres días, presentando entonces dolores muy agudos de cintura escapular y miembros superiores, seguidos de hormigueos por las mismas regiones y de debilidad también de las piernas. A ratos tenía éstas completamente paralizadas. Dificultad para obrar. Acorchamiento de la barba. Hace cuatro o cinco días, con sensaciones de calor y frío y malestar en la cara y pecho y grandes sudores se le presentó una erupción. Antecedentes, nulos.

Tetraparesia flácida, arreflexia completa de osteotendinosos. Abdominales débiles. Alguna zona de alteración de las sensibilidades protopáticas en los miembros. Temblor fino y continuo de la lengua. Resto de pares craneales, normales. En cráneo, nuca y frente, hombros y espalda, gran cantidad de vesículas de herpes; alguna aislada en las manos. Tórax, radiológicamente normal. Leucocitos, 9.800. Fórmula normal (C.2-S.64-E.1-L.31-M.5). Serología y aglutinaciones negativas. Punción lumbar sin bloqueo por las pruebas manométricas, con liquor transparente, con 0 células. Pandy, Ross Jones y Nonne Appelt positivas de tres cruces. Sedimento sin gérmenes. Albúmina, 2,15 grs. por 1.000.

Diagnóstico: neuronitis. Tratamiento: urotropina, vitamina B, etc., seguido en su localidad, comunicando su médico de cabecera a los cuatro meses que estaba curado el enfermo.

En este caso se observa como particularidad más saliente la coexistencia con un proceso de virus (herpes, curva térmica en "dromedario")

posible responsable etiológico en el sentir de gran número de autores. Comienzo encefalítico. Curación.

P. E. J., de tres años, natural y vecino de La Rambla (Córdoba). En octubre de 1946, anginas, con fiebre elevada unos días. A continuación, vómitos y dificultad para andar, creen que con fiebre, que se acentúa en los días inmediatos hasta quedar parafítico, con la cabeza colgante, pero manejando bien los miembros superiores. Ha perdido el habla, traga con dificultad y expulsa los líquidos por la nariz. En esta situación, al mes de empezar la enfermedad, le vemos nosotros, apreciando los miembros inferiores flácidos, sin reflejos tendinosos ni respuesta plantar, en estado indiferente el sensorio, cabeza colgante sin tono los músculos del cuello. Miembros superiores: motilidad y respuesta tendinosa normal. Abdominales conservados. Surco nasogeniano izquierdo berrado. Tórax normal a rayos X. Serología negativa. L. c. r. transparente, forma retículo fibrinoso. Células, 1. Pandy, Ross Jones y Nonne Appelt de 3 cruces. Albúmina, 1,20. Glucosa, 0,75. Cloruros, 7,31. Curva de Lange, 0013321000. No gérmenes.

Tratamiento.—Oxígeno por catéter nasal, lobelina. No pudimos emplear el sulfato de neostigmina, que por su acción colinérgica ha sido aconsejado en casos de esta índole (2).

Al mes y medio vemos de nuevo al pequeño, que corre por la consulta, y en cuyo examen no se aprecia el más leve signo patológico.

Infrecuente en el niño, en el que se plantea el diagnóstico con la parálisis infantil, que se aclara pronto por la forma de instaurarse las parálisis de manera progresiva y con "saltos" que respetan algunos territorios como el tronco y miembros superiores en nuestro caso a pesar de paralizarse el cuello y los pares craneales VII, IX, X y XII y por los caracteres típicos del líquido cefalorraquídeo. La evolución confirma el diagnóstico.

RESUMEN

Se describen someramente seis casos de neuronitis o síndrome de Guillain Barré.

Se trata de la relativa unidad clínica del proceso, presentándose algunos de los casos con las variantes más comunes.

Destácanse como síntomas más frecuentes el comienzo agudo generalmente con manifestaciones de catarro respiratorio alto o enfriamiento, seguido de algias de miembros y parálisis de los mismos en para o tetraparálisis con arreflexia y manifestaciones de nervios craneales, sobre todo del VII par. Disociación albuminocitológica del l. c. r. A veces trastornos de esfínteres y de sensibilidades. Tendencia a regresar totalmente el proceso en pocas semanas o meses de manera espontánea. Preferencia por el sexo masculino y edad media de la vida. (per. "Rev. Clín. Española", 265, 1950.)

BIBLIOGRAFIA

1. Alberca, R.: Neuraxitis ectotropas.
 2. Blattner, R. J.; Goodfriend, J., y Webb, B. D.: Journ. Am. Med. Ass., 134, 15, 1947.
 3. Delp, M. H.; Sutherland, G. F., y Hashinger, E. H.: Ann. Int. Med., 24, 4, 1946.
 4. Gaskill, H. S., y Korb, M.: Arch. Neurol. Psych., 55, 6, 1946.
 5. Jiménez Díaz: Rev. Clín. Esp., 8, 5, 1943.
 6. Mackay, R. P.: Med. Clin. of North America, 1945.
 7. McIntyre, H. D., y Krouse, H.: Arch. Neurol. Psych., 62, 6, 1949.
 8. Nielsen, J. M.: Bull. Los Angeles Nerol. Soc. Ref. Arch. Neurol. Psych., 57, 4, 1947.
 9. Patrick, H. T.: Cit. (6).
 10. Perkins, R. F., y Lanfer, M. W.: J. Nerv. & Ment. Dis., 104, 1, 1946.
-