

SÍNDROME DE LÁGRIMAS DE COCODRILO

por el

DR. PÉSET LLORCA (V.)

I. Bogorad, de la clínica de Kroll, describió en 1926, un síndrome aparecido en una joven a continuación de una parálisis facial, ya curada, consistente en la presentación de un flujo de lágrimas en el ojo correspondiente al lado de la cara, que estuvo paralizado al comer y al beber. Existía además, en este caso, un comportamiento disociado de la secreción lagrimal: los estímulos periféricos citados desencadenaban un reflejo lagrimal exagerado, mientras que durante el llanto el ojo quedaba seco; particularidad ésta más rara de observar, y que, según Koll, haría suponer un bliqueo para las excitaciones afectivas del tálamo. Supuso Bogorad que ya normalmente existe un reflejo vegetativo ocular, como lo demuestran los ojos de algunas personas, húmedos durante las comidas. Designó el fenómeno "Syndrom der Krokodilstranen", por razones fáciles de comprender, nombre que ha hecho fortuna.

En realidad, ya Bing refirió en su *Manual* un caso análogo aparecido en un joven algunos meses después de la curación de su parálisis: "La aplicación de excitaciones gustativas sobre la parte de la lengua que anteriormente había sido asiento de una ageusia pronunciada, provocaba inmediatamente un flujo abundante de lágrimas en el ojo del mismo lado. Este reflejo gustolagrimal era particularmente molesto durante las comidas." Para Bing, las conexiones de los nervios lingual y lagrimal a través del petroso superficial mayor, explicarían el reflejo; pero lo que no podía explicarse era por qué no apareció más que en el período de curación de la parálisis facial.

Desde entonces varios neurólogos, algunos citados luego, han descrito casos y estudiado este curioso fenómeno. Hay que distinguirlo, naturalmente, de la epífora, que aparece al comienzo y en el auge de la enfermedad por parálisis del músculo orbicular. Según Tumarkin, de los casos de parálisis facial *a frígore* que no curan totalmente—una quinta parte, según su experiencia—, un 80 por 100 presentan un síndrome de epífora prandial más o menos intenso. A continuación queda descrito someramente un caso que he tenido ocasión de observar, con interesantes particularidades.

II. Se trata de una joven de veintiún años, soltera y sin más antecedentes familiares o personales de interés que cierto grado de dismenorrea. El día 24 de julio de 1946 acude a la consulta, enviada por una Compañía aseguradora, con un síndrome típico de parálisis facial periférica de las comúnmente designadas *a frígore*. Aconsejo un tratamiento con diatermia y tiamina, y no vuelvo a ver a la enferma hasta primeros de octubre; en todo este tiempo—más de dos meses—no se ha producido mejoría alguna. Al indagar la forma en que se había reali-

zado el tratamiento, resulta que en lugar de diatermia le fueron aplicadas unas sesiones de galvanización, sin que fuera posible puntualizar cuántas fueron éstas, ni el tiempo ni la intensidad empleados. En estas condiciones, ocho sesiones de onda corta provocaron una remisión casi completa del cuadro, restando tan sólo un ligerísimo déficit de la oclusión palpebral y una muy relativa debilidad de los movimientos de la comisura labial del mismo lado. Se le indica continúe inyectándose tiamina.

El día 30 del mismo mes vuelve a la consulta muy alarmada, quejándose de que en cuanto se pone a comer le llora copiosamente el ojo izquierdo. Esto le ocurre, dice, al masticar, no al tragar o beber. En días posteriores hace una observación muy singular: estando en el cine, algo distante de la pantalla, observa que también le llora el ojo en cuestión, a pesar, cuenta ella, de tratarse de un asunto cómico.

Una observación más detenida permite apreciar lo que sigue: la hendidura palpebral del ojo izquierdo es algo más estrecha que la otra, siendo completa su oclusión voluntaria y la refleja a la amenaza y al toque de la córnea, y estando conservado el reflejo de McCarthy. Ni la masticación ni otros movimientos dan lugar a sincinesia alguna. Al sonreír, la comisura labial izquierda retrocede ligeramente más que la derecha. Existe una contractura esbozada. La exploración del sentido del gusto en la mitad correspondiente de la lengua enseña que sólo estímulos salados y amargos provocan sólo una ligera secreción lagrimal; ni los dulces ni los ácidos la logran. *Para que sea más abundante son precisos movimientos de masticación.* Pero éstos solos tampoco bastan para que tenga lugar. La exploración queda incompleta y la enferma sin ver, hasta que, llamada en octubre del año siguiente, es posible comprobar la remisión total del síndrome secretorio, quedando sólo las pequeñas señales de contractura ya apuntadas. Durante ese tiempo, la única medicación (irregular) fué tiamina y opoterapia ovárica.

III. El motivo de presentar este caso es, más que la rareza de la complicación, ciertas particularidades que conviene destacar.

En primer lugar, es evidente la insuficiencia del estímulo gustativo para desencadenar la epífora. En la mayoría de las descripciones, como ya dice Bing, se habla de un reflejo gustolagrimal. Sin embargo, en el presente caso resulta muy patente que sólo la acción combinada del estímulo gustativo y de la actividad masticatoria hace que el síndrome se manifieste en toda su plenitud. Esto ocurre también en enfermos de otro síndrome que guarda cierta analogía con el que nos ocupa: la hemisudoración paroxística de la cara, atribuida por Lucien Frey a lesiones del nervio aurículotemporal; en tales casos, la masticación desencadena una crisis de rubor y sudor circunscrita a su territorio. Estas crisis son desencadenadas en otros enfermos por estímulos diversos, entre ellos gustativos.

IV. Especial mención merece el hecho señalado por la enferma de que el fenómeno que nos ocupa pueda ser desencadenado desde el apa-

rato visual, seguramente por esfuerzo de acomodación. Esto demuestra la posibilidad de influir el mecanismo lagrimal por otros estímulos y vías que los gustativos (y masticatorios), que es lo corriente en el síndrome. A este respecto debemos recordar, con Kroll, el síndrome de "micción con lagrimeo", aparecido en una enferma de esclerosis en placas; parece ser que en este caso, además, sugiriendo en estado de hipnosis que la vejiga estaba llena, se logró provocar un débil lagrimeo. Mencionemos también el hecho de que algunos sujetos sanos viertan lágrimas al defecar. Todo ello apunta, según los autores rusos, la existencia de mecanismos nerviosos normalmente reprimidos, pero puestos de manifiesto en ocasiones por particularidades constitucionales (o ignoradas) y otras por procesos morbosos conocidos.

V. Con esto llegamos al tercer punto a señalar: la remisión del síndrome. De ordinario, estos enfermos suelen mantenerlo indefinidamente. No obstante, hay que indicar que Tumarkin, en una nota sobre el mismo, dice que el síndrome puede persistir durante años, pero que tiene razones para creer que con el tiempo tiende a perder intensidad. Este punto es especialmente importante para la discusión patogénica del síndrome de lágrimas de cocodrilo. Es problema que tiene puntos de contacto con el de ciertas sincinesias, especialmente de las que se presentan precisamente a continuación de parálisis faciales.

En efecto, según la explicación más difundida, se trataría de una equivocación de dirección de las fibras nerviosas regeneradas (de un defecto de *aiguillage*, como dicen los autores franceses), ocurrida del siguiente modo: Normalmente, estímulos gustativos capaces de desencadenar secreción de saliva, son recogidos por el núcleo salival superior; de allí la excitación es transmitida por fibras que van por el nervio intermediario de Wrisberg al ganglio geniculado, pasando luego por el facial y cuerda del tímpano a formar en el nervio lingual que excita las glándulas submaxilares y sublinguales. Según la explicación indicada, en el proceso de regeneración postneurítica, las nuevas fibras, al llegar al ganglio geniculado, errarían el camino, tomando una falsa vía que sería la de las fibras lagrimales, que, de ordinario, van con el nervio facial hasta el ganglio geniculado; de éste, por el nervio petroso superficial mayor, como fibras preganglionares, al ganglio esfenopalatino (Spiegel y Sommer), y de allí al nervio zigomático (de la segunda rama del trigémino) y por el nervio zigomático temporal al nervio lagrimal de la primera rama del trigémino. El cambio de dirección ha de tener lugar, pues, en el ganglio geniculado. Por ello, las excitaciones originadas en la lengua son transmitidas a la glándula lagrimal en vez de reflejarse sobre las salivales. Parhon y André-Thomas han denominado a este fenómeno *pararreflexia*.

Semejante hipótesis ha sido invocada para explicar otros fenómenos patológicos: las sincinesias y la hemisudoración paroxística, ambas ya citadas. Ya Lipschitz apuntó que para explicar las sincinesias que aparecen en sujetos afectos de parálisis facial puede admitirse que duran-

te la regeneración las fibras toman nuevos caminos y terminan por inervar músculos que no debieran ser excitados durante el movimiento que se trata de realizar. Los casos de hemisudoración, menos conocidos, son generalmente consecutivos a una lesión o inflamación en fosa parotídea; hay entonces, al comer, una crisis de rubefacción y sudoración que, en los casos típicos de síndrome de Frey, afecta una zona triangular con base en la oreja y vértice en la comisura labial. Según André-Thomas, en estos casos las fibras que inervan la parótida, al regenerarse, han sido desviadas en algún punto de su trayecto, quizá por una cicatriz fibrosa salida al paso, y alcanzan así redes vasculares o glandulares sudoríparas de la región. El citado término pararreflexia fué ideado precisamente para estos casos.

Semejante interpretación patogénica implica, sin embargo, una determinación respecto al curso del fenómeno. En efecto: el establecimiento de una nueva inervación supone el curso permanente de los estímulos por la vía nuevamente organizada. Es decir, la afección sería incurable de por sí. De aquí el interés de casos que, como el presente, remiten; resulta entonces difícil admitir una explicación tan rígidamente organicista como la citada.

Aunque no mencionado en su libro, el síndrome de lágrimas de cocodrilo cae de lleno en el concepto de repercusividad de André-Thomas. Dice este autor: "La repercusión (*retentissement*) del órgano enfermo sobre los otros órganos (sanos), es conocida desde hace tiempo con el nombre de *simpatía*... Cuando es sobre el órgano enfermo donde repercute la actividad fisiológica de otros (reacciones excesivas a fluctuaciones fisiológicas en un órgano sano), y ello por intermedio del sistema nervioso, debe hablarse de *repercusividad* (*repercussivité*).". Entre los fenómenos incluídos por André-Thomas en dicho concepto hay que distinguir, según él mismo indica, dos grupos: la inclusión de reflejos pilomotorés, sudorales, vasomotores cutáneos y laberínticos, así como la de ciertos reflejos y sincinesias parece justificada; las relaciones de la repercusividad con ciertos paroxismos patológicos (epilepsia, jaqueca, angor, asma) parece más discutible. Lo importante ahora es destacar su característica, la especial y electiva manera de reaccionar determinado aparato a determinadas excitaciones. Etiológicamente, en ciertos casos, dice André-Thomas, esta especial reactividad va ligada a un proceso morboso o cicatricial; cuando éste no puede ser puesto en evidencia, habría que admitir una predisposición congénita o familiar. En los casos de repercusividad local hay una irritación latente que reside en el aparato que reacciona—ganglio o neuroma periférica—, y les dota de "una vigilancia especial que se manifiesta a la menor vibración, ya se produzca ésta sobre la neuroma o venga de centros subyacentes". Pero incluso en tal caso puede haber una gran selectividad a determinado estímulo, que sólo a dicho nivel tiene poder reflexógeno; sobre ello insiste varias veces.

Si bien André-Thomas no cita en su libro el síndrome de lágrimas

de cocodrilo, probablemente por la proximidad de las fechas de ambas publicaciones, sí se ocupa de la hemisudoración paroxística; lo notable es que rechace su inclusión entre los fenómenos de repercusividad (apuntada entre nosotros por Subirana), por aceptar su base orgánica con arreglo a la teoría de la pararreflexia. Pero, volviendo a nuestro objeto, si bien no es posible rechazar de plano la hipótesis de una pararreflexia orgánica en el sentido apuntado, casos como el presente permiten entrever que no es necesario el establecimiento de nuevas vías de conducción de estímulos para la producción de fenómenos de este orden. Es muy posible que el proceso reurítico cree nuevas condiciones funcionales que pongan de manifiesto mecanismos preexistentes, normalmente inactivos, y no hay razón para excluir tales casos del dominio de la repercusividad.

Ateniéndonos a la definición de André-Thomas, ni siquiera aceptando la hipótesis de una pararreflexia, hay por qué separar de la repercusividad los fenómenos que nos ocupan; seguramente este concepto abarca hechos que descansan sobre bases heterogéneas. En realidad, simpatía y repercusividad son conceptos cuyo contenido ha sistematizado poco la Patología general y cuyo mecanismo íntimo se nos escapa con frecuencia, a pesar de la evidencia clínica del fenómeno.

VI. Finalmente, queda por resaltar un punto de coincidencia con las observaciones de Ford y de Tumarkin: en ellas se señala la concurrencia de los fenómenos de contractura y de lágrimas de cocodrilo. También en el caso presente existe un ligero esbozo de contractura, que no es aventurado atribuir al uso excesivo o intempestivo de la corriente galvánica, de cuya aplicación sólo pude averiguar que se había hecho en gran número de sesiones. En tal asociación también cabe ver una exaltación de mecanismos ya existentes, puesto que el llanto fisiológico va acompañado de contracción de músculos faciales, especialmente orbiculares.

(Per "Gazt. Med. Esp.", 316, 1949.)

EDITORIAL.—*Efectos sobre los dientes de la administración de hierro.* (Effect on the teeth of taking iron.) "The Journal of the American Dental Association", 135, 1,120, diciembre 1947.

Hace años prevalecía la opinión entre los médicos y odontólogos de que el tomar tintura de cloruro férrico u otras formas de hierro era perjudicial para los dientes. Aparentemente, se desarrolló esta opinión debido al moteado que solía aparecer en los dientes cuando se tomaban soluciones férricas, a menos que esta toma se hiciese a través de un tubo, tragándola sin que se pusiera en contacto con los dientes.

Las investigaciones odontológicas o bioquímicas parecen ahora rechazar esta teoría, o al menos desestimarla, afirmando que los dientes para nada se perjudican con la administración de hierro y que las manchas que sobre ellos aparecen se quitan fácilmente con un bruñido inmediato.

En cuanto a su acción sobre las obturaciones y restauraciones metálicas, se inclina el autor a creer que los cambios observados muy bien pueden ser debidos a una caries posterior o a mezclado imperfecto del material de obturación.—J. Font.