

## PRESENTACION DE CASOS

## MIELITIS SIFILITICA AGUDA

La mielitis sifilítica aguda es una entidad muy rara, aparece en la segunda y tercera décadas de la vida, con tendencia a manifestarse en el primero y segundo años de la infección. Los síntomas evolucionan en horas o pocos días; generalmente un dolor torácico precede a los síntomas neurológicos.

La aparición de la penicilina cristalina a mediados del presente siglo, ha permitido que la sífilis sea una enfermedad con alto índice de curabilidad y por lo tanto una disminución de su incidencia; sin embargo, las últimas publicaciones muestran un aumento de la neurólues en personas jóvenes (1-4).

La variabilidad de su cuadro clínico en la actualidad, hace a veces difícil el diagnóstico (5-7). Se han reportado casos de neurólues con estudios serológicos negativos y en pacientes que recibieron tratamiento adecuado para la sífilis primaria (8-10).

El servicio de neurología Clínica del Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín, informó 22 casos de neurosífilis durante las dos últimas décadas (11), y en el año 1985 se hospitalizaron seis nuevos pacientes, uno de ellos con mielopatía aguda; el cual es motivo de la presente publicación.

J. H. G., H. C. No. 1223083, 45 años, agricultor, residente en Caicedonia (V). El 12-IX-85 sintió súbitamente dolor intenso en región interescapular, que luego se irradió en cinturón a nivel de D5; media hora más tarde presentó dificultad para caminar y dos horas después no pudo levantarse de la cama; relató sensación de "encalambramiento" desde D5 hacia abajo y presentó retención vesical. Consultó al hospital de Caicedonia y fue remitido a nuestro hospital el 15-IX-85, con diagnóstico de tumor medular. En los antecedentes personales relató haber presentado chancros sifilíticos seis años antes, para los cuales se automedicó.

En el examen neurológico se encontró un paciente consciente, orientado, sin signos de irritación meníngea ni compromiso de pares craneanos, con paraplejía flácida, arreflexia rotuliana y aquiliana bilateral, y nivel de anestesia en D4 para dolor y temperatura; el tacto, la presión y los sentidos de posición y vibración, estaban conservados. Dos días después de su hospitalización el compromiso de la sensibilidad profunda se hizo total y había pérdida del control de esfínteres.

Exámenes de laboratorio: hemoleucograma normal, sedimentación 67 mm/1 hora; LCR aspecto normal; proteínas 86 mg%; glucosa 56 mg%; L 14/mm<sup>3</sup>; PM 6/mm<sup>3</sup>; VDRL (suero) reactiva 1:16 dil; VDRL (LCR) reactiva 1:4 dil; FTA (LCR) reactiva.

Se practicó mielografía que no mostró imagen de bloqueo a ningún nivel (Figura 1).

Evolución: El paciente permaneció en el servicio de neurología 18 días y luego de recibir tratamiento con penicilina cristalina 24'000.000 diarias durante 15 días, fue dado de alta, sin mejoría de sus signos.

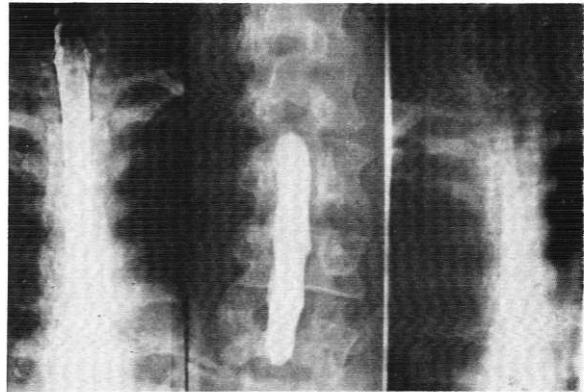


Figura 1. La mielografía descartó tumor en el canal raquídeo.

## DISCUSION

Este paciente se puede incluir en el grupo de las meningomielitis agudas, diferentes de las otras presentaciones medulares, subagudas o crónicas, de la neurosífilis; como son la paraparesia espática o la meningomielitis amiotrófica (11-13).

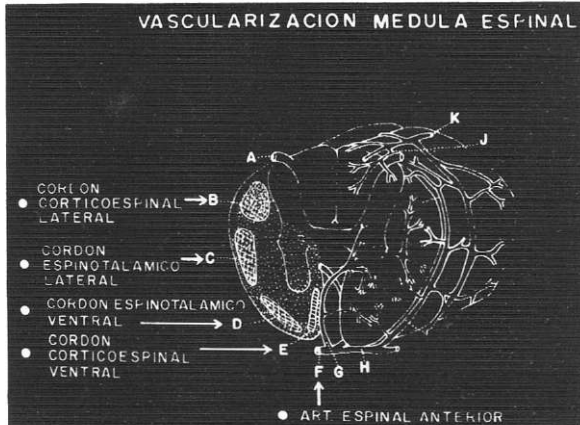
La mielitis transversa aguda sifilítica es una entidad muy rara. Leyden y Dejerine (14) en 1884 describieron dos casos. Fournier encontró entre 1.085 neurólues sólo 77 pacientes con daño espinal (15).

Williamson (15) define esta entidad así: "Parálisis aguda de ambas extremidades inferiores con compromiso de esfínteres, sin alternación de los miembros superiores, que aparece en la segunda y tercera décadas de la vida de hombres jóvenes; con tendencia a manifestarse en el primero y segundo años de la infección. Los síntomas aparecen en horas o pocos días, generalmente un dolor torácico precede a la enfermedad". Todas estas consideraciones son válidas para nuestro paciente.

La forma meningo-vascular constituye entre 1 y 3% de todos los casos de neurosífilis (5). La invasión treponémica del SNC ocurre durante la segunda etapa de la enfermedad y los síntomas aparecen después del cuarto o sexto mes de la infección (5). La patogenia es incierta; usualmente hay compromiso parenquimatoso y una inflamación de la leptomeninge; se produce una endarteritis de Heubner, con infarto del cordón medular (5, 12, 16).

El paciente que presentamos, debido a la instalación súbita de los síntomas, tiene un compromiso vascular, que produjo una mielopatía incompleta (síndrome de la arteria espinal anterior) (17) y debido a que el compromiso se extendió a los dos días de aparición, pensamos que hizo un proceso vascular difuso de la médula espinal (Figura 2).

Nuestro caso, a diferencia de los informados por otros autores (5, 7), no tuvo compromiso encefálico. Pero su pronóstico es malo por tener como base una lesión vascular (16). Se debe sospechar esta enferme-



**Figura 2.** Se observa el compromiso de fascículos que producen una lesión de la arteria espinal anterior, respetando los cordones posteriores.

dad en los pacientes con mielopatías agudas de etiología incierta y practicarles VDRL con suero y LCR para establecer el diagnóstico.

#### SUMMARY

The case of a 45-year old man who presented with a few-hour history of interscapular pain and progressive difficulty walking, in whom a final diagnosis of syphilitic myelitis was made, is reported.

This is a rare complication of syphilitic involvement of the Central Nervous System. Its pathological and clinical characteristics are due to vascular impairment, which explains the acute onset and poor prognosis of the disease.

The condition should be suspected in cases of acute myelopathy of uncertain etiology.

L. URIBE  
A. MUÑOZ  
A. ARANA  
R. ISAZA

#### BIBLIOGRAFIA

- 1.- HILLBON M, KINNUNEN E. New Cases of neurosyphilis in Finland. Acta Med Scand 1982; 211: 55-58.
- 2.- URIBE CS, ARANA A, BORREGO C, CORNEJO W. Estudio clínico y serológico de 22 pacientes con sífilis del SNC Acta Med Col 1985; 10: 125-129.
- 3.- SIMON R. Neurosyphilis. Arch Neurol 1985; 42: 606-613.
- 4.- BARRIENTOS N. Aspectos actuales de la neuroles. Estudio en 155 pacientes. Rev Chil Neuropsiquiat 1983; 21: 54-60.
- 5.- HARRIGAN E, MCLAUGHL T, FELDMAN R. Transverse Myelitis due to meningo-vascular Syphilis. Arch Neurol 1984;41: 337-338.
- 6.- NEWMAN P, SIMON D, LAW R, EARNEST M. Unusual causes of stroke in a young adult. Arch Intern Med 1980; 140: 1 502-1 503.
- 7.- BINDER R, DICKMAN W. Psychiatric manifestations of neurosyphilis in middle age patients. Am J Psychiatry 1980; 177: 141-142.
- 8.- HOOSHMAND H, ESCOBAR M, KOPF S. Neurosyphilis. A study of 241 patients. Jama 1972; 219: 726-729.
- 9.- KOFFMAN D. The changing pattern of neurosyphilis. J Can Med Assoc 1956; 74: 807-812.
- 10.- MOSKOVITZ B, KLIMEK J, GOLDMAN R, FIUMARA N, QUINTILIANI R. Meningo-vascular syphilis after "appropriate" treatment of primary syphilis. Arch Intern Med 1982; 142: 139-140.
- 11.- FISHER M, POSER C, Syphilitic Meningomyelitis. Arch Neurol 1977; 34: 785.
- 12.- BREUTSCH W. Neurosyphilis. Clin Neurol 1962; 2: 928-979.
- 13.- TORO G, ROMAN G, NAVARRO L. Espiroquetas. En neurología tropical. Bogotá, Printer Colombiana; 1983; 169-179.
- 14.- DEJERINE J. REVUE DE MEDICINE, 1884, pp. 60-78. Citados por: COLEN N. Acute syphilitic transverse myelitis. Arch dermat syph 1924; 9: 102-113.
- 15.- FOURNIER F, WILLIAMSON RT. Citados por: COLEN N. Acute syphilitic transverse myelitis, Arch Dermat Syph 1924; 9: 102-113.
- 16.- WILKELMAN N, ECKEL J. Focal Lesions of the spinal cord due to vascular disease; JAMA 1932; 99: 1919-1935.
- 17.- STEEGMANN T. Vascular disease of the spinal cord clinical. Neurology 1962; 3: 1621-1623.

Drs. C. Uribe, Profesor Titular, Jefe Sección Neurología Clínica; A. Muñoz, Residente II Neurología Clínica, A. Arana, Profesor Asociado, Neurología Clínica, R. Isaza, Residente I Neurología Clínica; Departamento de Medicina Interna Universidad de Antioquia, Medellín.

Solicitud de separatas al Dr. Uribe

#### CARTAS AL EDITOR

##### LA EPILEPSIA DE FEDOR DOSTOIEWSKI (1821-1881)

"¿Cómo pueden ser ellos (los médicos) útiles a la humanidad! Estudian solo lo suficiente para ser pagados por sus visitas tan pronto como sea posible".

Fyodor Mikhail Dostoiewski, marzo 7, 1877

El saber que un hombre se llama Fyodor Mikhail Dostoiewski, quien vivió en Rusia en la segunda mitad del siglo XIX y era un epiléptico, no debería traer mucho interés, ya que esta condición no es rara en cualquier país del mundo. Pero el interés de tal evento aparece cuando nos damos cuenta de que este hombre ha sido uno de los más grandes escritores rusos; la experiencia de sus crisis ha sido analizada

por él, proyectada en ciertos personajes de sus novelas, y finalmente parece haber tenido un papel importante en su concepción de la vida y del mundo en general (1).

Fyodor Dostoiewski nació en octubre de 1821, de padres normales; su padre fue médico de un hospital de caridad en Moscú. Tenía dos hermanos y tres hermanas y cuatro hijos, uno de los cuales (Alexis) murió de Status Epilepticus a la edad de tres años. Este es el único hallazgo patológico en la historia familiar, y de capital importancia. Su infancia fue normal (2).

A la edad de 17 años perdió a su padre en circunstancias trágicas, y a los 22 abandonó la Escuela Militar con grado de oficial, después de cinco años de pertenecer a la milicia. Durante una etapa de crisis económica, escribió su primera novela: "La pobre gente".

En 1849 fue arrestado, y posteriormente deportado a Siberia, donde pasó nueve años de su vida.

Hay varias opiniones acerca del inicio de la epilepsia de Dostoiewski. La mayoría de sus biógrafos concuerdan que su primera convulsión fue a los siete años. Sin embargo, hay algunos de sus escritos dirigidos a Sophia Kovalewski en los que hace referencia a que fue al final de su exilio (a los 35 años) que presentó su primera crisis convulsiva (1).

Su amigo Grigorowitch describe haber presenciado en enero de 1846 (a los 25 años), cuando acompañaba a Dostoiewski por la calle, un episodio compatible con una crisis convulsiva, desencadenada momentos después de presenciar una procesión fúnebre (3).

Gastaut, en un artículo sobre el tema, afirma que los primeros episodios convulsivos documentados se inician a los 29 años de edad. Las convulsiones se siguieron presentando regularmente durante el resto de la vida del escritor, hasta su muerte, debido a un episodio de hemoptisis en enero 28 de 1881.

El primer médico al que consultó (Janowsky) presenció entre 1846 y 1849, tres episodios convulsivos de Dostoiewski. En ellos, característicamente hubo un factor desencadenante de tipo emocional, y las crisis fueron tónico-clónicas generalizadas. Dostoiewski afirmaba que previo al ataque, tenía la sensación de "Una pequeña brisa". En ese entonces no estaba informado de la naturaleza epiléptica de sus convulsiones.

Su segunda esposa, Anna Grigorojevna Dostojeskaja Snitkina, escribió en sus memorias que durante su luna de miel (febrero de 1867), él tuvo dos convulsiones en sucesión rápida, después de muchas noches de cenar y beber champagne, y que la mayoría de las crisis que posteriormente presentó ocurrían durante el sueño. Los ataques epilépticos de Dostoiewski son particularmente bien conocidos, ya que ellos han sido descritos por sus doctores, sus amigos, su segunda esposa, y cuidadosamente documentados por el autor en su diario.

La sintomatología de algunas crisis concuerdan con las características de epilepsia primaria generalizada: Grito en su inicio, caída al suelo con trauma,

convulsión tónico-clónica generalizada, incontinencia urinaria, pérdida de conciencia, confusión post-ictal, presentación durante la noche en la primera parte del sueño, y desencadenadas por privación del mismo e ingesta de alcohol. Presentaba además mioclonias generalizadas, frecuentemente al despertar, precediendo una crisis tónico-clónica generalizada.

A continuación se describen dos crisis, según relatos de su esposa y de un amigo. Anna Grigorojevna describe así una crisis que ocurrió en 1867: "Se encontraba hablando con mi hermana y estaba muy excitado; súbitamente se tornó pálido y emitió un grito miedoso, que no tenía nada de humano, cayó sobre el diván y empezó a inclinarse sobre mí... poco a poco, la convulsión desapareció". Su amigo Strakhov describe una convulsión ocurrida en 1863: "Súbitamente su boca se abrió, emitió un extraño y absurdo sonido y él se colapso sin darse cuenta, en el centro de su alcoba... Sumergido por las convulsiones, su cuerpo se endureció y apareció espuma en sus labios" (2)..

Por sus características, otras crisis, podría clasificarse como crisis parciales simples o complejas.

Recordemos que con mucha frecuencia Dostoiewski mencionaba la sensación de "Una pequeña brisa" antes de perder la conciencia (crisis parcial sensitiva). Además, algunos observadores anotan movimientos de la cabeza compatibles con crisis adversivas, y otros, marcada palidez previa a los episodios generalizados (crisis autonómicas). Hay una sola descripción de una crisis de afasia expresiva antes de un episodio generalizado.

En julio de 1847 su médico, el doctor Janowsky, lo encontró en la plaza de San Isaacs tomando por el brazo a un oficial militar. Sus ropas estaban maltrechas y su abrigo y su saco desabotonados. Gritaba que estaba muriendo. Posteriormente su cabeza se fue hacia atrás, se tornó rígido, y su cuerpo empezó a sacudirse con convulsiones. El doctor le practicó una sangría, bastante usual en la época, ya que en ese entonces se describía el cerebro de los epilépticos como congestivo y la sangría aparecía como única solución para eliminar el exceso de sangre causante de la epilepsia y la congestión cerebral. El inicio de este episodio puede corresponder a una crisis parcial simple con componente psíquico (temor) (3).

Gastaut (4) hace referencia a otros síntomas preictales dados por Dostoiewski a sus héroes y aquellos atribuidos a Dostoiewski por su esposa. El primero de esos síntomas fue un temblor generalizado que no es un hallazgo inusual precediendo las crisis del lóbulo temporal, especialmente cuando este último es inducido por emociones. En "El Idiota", el Príncipe Myshkin presentaba episodios con los temblores descritos. En la obra el príncipe fue llevado a un sanatorio en Suiza para el tratamiento de su epilepsia desde niño.

El segundo síntoma es el "Aura laríngea" que puede ocurrir al inicio de ciertas crisis del lóbulo temporal. En "Los Hermanos Karamazov", Pedro Smerdiakov, a quien solían llamar Karamazov presentaba

crisis epilépticas en las cuales la sensación de abandono y aprehensión inducían el espasmo de la laringe como precursoras de las crisis.

El último de los síntomas es la sensación de prurito en las manos, especialmente cerca de las uñas, que es un signo premonitorio de las convulsiones de Dostoiewski de acuerdo a Anna Grigorojevna Dostoevskjekaja en "Reminiscencias". Tal síntoma ha sido descrito como una variante de "Aura sensorial generalizada" en la epilepsia del lóbulo temporal (Gastaut, 1980).

Aura de Éxtasis. De particular interés y controversia son algunos episodios de éxtasis que para algunos autores como Volskuil, y Cirignotta et al., representan crisis parciales complejas o para Gastaut (2, 4), corresponden más a la imaginación del escritor.

Citaremos a continuación algunos apartes de estos episodios vividos por el mismo Dostoiewski y relatados por Sophia Kovalevskaja en sus "Recuerdos Infantiles". Se refiere a una conversación que ella y su hermana sostenían con Dostoiewski, en el curso de la cual les relató lo que él, en ese entonces, consideró su primer ataque.

Era la noche de Navidad y hablaba con un amigo, inesperada visita y como rusos que eran —rusos de ese entonces— hablaban acerca de Dios. De repente Dostoiewski exclamó: "Dios existe, El existe". En ese momento, una campana de un templo cercano, llamaba para la misa de media noche. Dostoiewski seguía diciendo: "El aire se llenó de un gran ruido y yo intenté moverme, sentí que el cielo descendía hacia la Tierra y me envolvía. Realmente estaba en presencia de Dios, y El vino hacia mí. Sí, Dios existe, grité, y no recuerdo nada más".

Otra de sus descripciones es: "...Durante unos instantes, yo siento tal felicidad imposible de lograr en otros momentos, y que el resto de la gente no podría imaginar. Me siento en completa armonía conmigo mismo y con el mundo, y este sentimiento es tan fuerte y tan grato, que por unos segundos de tal felicidad, fácilmente cambiaría unos diez años de su propia vida o quizás toda su vida".

Además de las auras de éxtasis se describen otros fenómenos que corresponden a automatismos post-ictales, como el que ocurrió el 10 de febrero de 1870: "...Sin recordar posteriormente lo que había ocurrido y sin ser consciente de ello, tomé el candelabro sin dificultad, cerré las ventanas, y tan solo luego me di cuenta que había tenido un ataque.

En abril de 1875: "...Terminaba de empacar dos cigarrillos y me aprestaba a escribir, cuando, recuerdo, fui lanzado hacia el medio de la habitación. Permanecí en el piso por 40 minutos y luego recobré la conciencia sentado con mis cigarrillos... Todo el tiempo tras el ataque estuve completamente inconsciente. Permanecí sentado haciendo cigarrillos con mi tabaco. Cuando pude contarlos había hecho cuatro, pero en mala forma".

Se describen también trastornos del lenguaje tras las crisis: "Pasó largo rato antes que yo pudiera

hablar. Cuando escribía cometía errores con las palabras".

La frecuencia de las crisis varió desde 2 en un día hasta una en cuatro meses, con un promedio de una convulsión por mes durante 35 años.

En 1861 Dostoiewski presentó un episodio de Status Convulsivo (3). En cuanto a tratamiento, recurrió a múltiples médicos a lo largo de su vida, entre otros Trousseau en París, Romberg en Berlín y muchos otros, encontrando como todos los pacientes con epilepsia en ese siglo, mala respuesta al tratamiento. Los ataques fueron más frecuentes entre 1860 y 1870 y tan sólo unos años antes de su muerte, desaparecieron. Mientras escribía "El Idiota" y "Los Hermanos Karamazov", las crisis fueron particularmente, frecuentes. Fenómeno similar ocurrió a Gustavo Flaubert cuando escribía "Madame Bovary" (6).

Vincent Van Gogh, Fedor Dostoiewski y Gustavo Flaubert son tres de muchos individuos con epilepsia severa, con numerosas convulsiones y un genio artístico maravilloso, independiente de la epilepsia, que en ningún momento disminuyó la genialidad de estos individuos.

Estas observaciones constituyen una defensa extraordinaria en favor de las personas epilépticas quienes han sido sometidas a un perjuicio inaceptable de estar destinados a un declinar intelectual debido a la repetición de las convulsiones y a aquellas personas epilépticas excepcionales, cuyo genio ha sido erróneamente considerado como producto de su enfermedad (4).

Queremos terminar con una nota del diario de Dostoiewski que en diciembre de 1865 escribió: "Si, soy un enfermo con la enfermedad de las caídas, que he tenido la mala fortuna de adquirir desde hace 12 años, en un momento desagradable de mi vida. Una enfermedad no lo intimida a uno, y la enfermedad de las caídas no impide la actividad" (3).

#### SUMMARY

The different types of seizures suffered by Fyodor Dostoiewski, some aspects of his biography and the malaise on his life are discussed.

#### AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer sinceramente al doctor Rodrigo Pardo por su amable colaboración para la elaboración de este artículo.

E. OSUNA  
L. PALACIOS

#### BIBLIOGRAFIA

- 1.- ALAJOUANINE T. Dostoiewski's Epilepsy. Brain, 1963; 86: 209-218.

- 2.- GASTAUT H. Fyodor Mikhailovitch Dostoevsky's. Involuntary Contribution to the Symptomatology and Prognosis Of Epilepsy. *Epilepsia* 1978; 19: 209-218.
- 3.- VOSKUIL PHA. The Epilepsy of Fyodor Mikhailovitch Dostoevsky (1821-1881). *Epilepsia* 1983; 24: 658-667.
- 4.- GASTAUT H. New Comments on the Epilepsy of Fyodor Dostoevsky. *Epilepsia* 1984; 25: 408-410 .
- 5.- CIRIGNOTTA F, TODESCO, CV, LUGAREST E. Temporal Lobe Epilepsy with Ecstatic Seizures (So-Called Dostoevsky Epilepsy). *Epilepsia* 1980; 21: 705-710.
- 6.- GASTAUT H, GASTAUT Y, BROUGHTON. Gustave Flaubert's illness: A Case Report in Evidence Against the Erroneous Notion of Psychogenic Epilepsy. *Epilepsia* 1984; 25: 622-637.

---

Drs. Edgar Osuna S, Instructor Asociado de Neurología, Leonardo Palacios S, Residente I de Neurología, Facultad de Medicina, Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, Hospital San José, Bogotá.

Solicitud de separatas el Dr. Osuna.