

163

ESTUDIO INTERINSTITUCIONAL DE NEUROCISTICERCOSIS EN DIEZ HOSPITALES DE BOGOTÁ. INFORME PRELIMINAR.
Neurólogos: Fernández R.⁶, Gómez G.⁵, Lorenzana P.^{6*}, Melo G.², Pardo R.⁴, Ramírez S.⁵, Toro J.¹, Vergara M.⁷; Grupo de Parasitología: Corredor A.^{8*}, Duque S.⁸, Hernández C.A.^{8*}, López C.⁸, Nicholls R.S.^{8*}; Radiólogos: Maldonado C.³, Pinzón O.⁶. Estadístico: Parra J.⁸. Coordinadora interinstitucional: Díaz C.Y.⁸.
1) Centro Médico de Los Andes, 2) Clínica San Rafael, 3) Fundación Instituto Neurológico de Colombia, 4) Hospital Central Policía Nacional, 5) Hospital Militar Central, 6) Hospital San Juan de Dios, 7) Hospital San José, 8) Instituto Nacional de Salud y *Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.
En abril de 1989 se inició el estudio prospectivo de un grupo de pacientes con sospecha clínica y tomográfica de neurocisticercosis (NC) en diez hospitales universitarios de Bogotá que aceptaron participar en el proyecto.
El protocolo incluía: 1) tres tomografías axiales computarizadas (TAC): la primera, para confirmar el diagnóstico; la segunda, a los tres meses y la tercera a los seis meses de iniciado el tratamiento. 2) Cinco muestras de LCR y suero; la primera, para confirmar el diagnóstico; luego, a las 72 horas, a los 15 días, a los 3 y a los 6 meses de iniciado el tratamiento. Hasta el presente, se han estudiado 44 pacientes (casos) con NC, a quienes se les ha suministrado praziquantel a una dosis de 50 mg/kg/día durante 15 días.
Los controles se definieron como pacientes que presentaron patología diferente a NC; por ejemplo, enfermedades infecciosas crónicas como tuberculosis, lúes, micosis, etc. y que tuviesen TAC y LCR; ya se han estudiado 158 pacientes.
Por medio de la prueba estandarizada de ELISA (Acta Neurol Col 1988; 4:164-169) se detectaron anticuerpos anti-cisticercos y suero; y, se estandarizó la detección de antígeno de *Cysticercus cellulosae* en LCR.
Se crearon bancos de datos en D-base III y en EPIINFO; se encuentra en curso la tabulación y determinación de pruebas estadísticas para comparación de grupos usando SPSS-PC. Se informarán los datos de sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivo y negativo de la detección de antígeno e imagenología en la detección de formas activas de NC.

164

ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN EL CHSJD DE BOGOTÁ, 1960-1990.
Vergara I., Toro G., Amador R., Mejía O., Saavedra M.
Universidad Nacional de Colombia. Centro Hospitalario San Juan de Dios de Bogotá.
Se informan las características clínicas y neuropatológicas de 133 casos de EM estudiados por los autores en el CHSJD de Bogotá en un periodo de 30 años. Se utilizaron los criterios de Schumacher que clasifican la enfermedad en EM definida, probable y posible clínicamente. Según el tiempo de evolución se clasificaron en cuadros agudos los de menos de una semana, subagudos hasta dos meses y crónicos más de dos meses.
Veinte pacientes observados en los últimos dos años se estudiaron con bandas oligoclonales en el LCR, potenciales evocados visuales, auditivos y somatosensoriales, tomografía computada y resonancia magnética (RM). A todos se les aplicó la valoración por sistemas funcionales de Kurtzke (SFK) y la escala por estados de invalidez de 1 a 10 para evaluar el compromiso funcional, la ubicación de las lesiones y grado de incapacidad. Se diseñó y utilizó un formulario con 312 variables, seleccionándose las más importantes.
Se encontraron 46 casos de EM definida, 41 de probable y 46 de posible, 59 hombres y 77 mujeres con edad promedio de 32.4 años y con un predominio entre la segunda y tercera décadas de la vida.
Los síntomas iniciales fueron debilidad y déficit de marcha, sensitivos, oculares y urinarios. Se encontró compromiso de la motilidad, reflejos, esfínteres, sensibilidad y pares craneales. Se presentaron 15 casos de forma aguda, 42 subaguda, 60 crónica y 16 crónica recidivante. Los niveles topográficos más comprometidos fueron el tronco cerebral, los pares craneales y la médula espinal. Con la valoración por SFK el mayor compromiso fue piramidal, cerebeloso, de tronco cerebral, sensitivo y esfinteriano. El grado de invalidez predominante fue de 3 a 6 que corresponde a moderado. Se encuentra una alta correlación entre los datos del examen clínico, el diagnóstico topográfico y la valoración por SFK por lo cual se recomienda esta última para la recolección, evaluación y estandarización de datos. Las neuroimágenes aumentan la precisión y rapidez en el diagnóstico en especial la RM. Murieron 18 pacientes y se practicaron 15 autopsias que confirman los hallazgos neuropatológicos clásicos de la EM. La historia natural de estos pacientes, que provienen del trópico, es similar a la descrita en los países con alta prevalencia en las zonas templadas del mundo. Concluimos que la EM no es una enfermedad infrecuente en Colombia.

SÍNDROME DE LA PUNTA DE LA BASILAR. Aspectos Clínicos
Pérez G., Muñoz M., Departamento de Neurología, Clínica Shaio,
Bogotá, Colombia.

El síndrome de la punta de la basilar (PB) es una condición clínica clásica, delimitada por Caplan como un cuadro de infarto del mesencéfalo, de los tálamos y de los lóbulos occipitales y temporales medios. Debido a la frecuencia con la cual tratamos embolias en nuestra institución, hemos observado entre 1988 y 90 once pacientes con lesiones de ésta localización, los cuales presentan cuadros clínicos parciales cuya descripción consideramos de interés, algunos comprobados por resonancia magnética (RM). Nuestros pacientes tienen un rango de edad amplio, la fuente embólica cardiogénica fue en su mayoría cardiopatía dilatada, seguida de crecimiento auricular izquierdo por estenosis mitral, fibrilación auricular paroxística o crónica (no valvular) y en tres casos los síntomas aparecieron en el postoperatorio inmediato de cirugía cardiovascular. Todos hicieron un cuadro súbito de distorsión supra mesencefálica, mesencefálica o pónica con uno de estos tres complejos sintomáticos o combinaciones de ellos: I. Alteración de los movimientos oculares que va desde el bloqueo de la mirada vertical hasta la oftalmoplejia internuclear y anisocoria con ó sin alteraciones en la visión por lesión cortico-calcarina que varió desde la cuadrantopía hasta la ceguera cortical. II. Diversas alteraciones motoras ó sensitivas reflejando lesión de vías largas y III. Alteraciones de la conciencia generalmente transitorias seguidas por un cuadro sutil de demencia con alteración de la memoria y confabulación. Diez de nuestros pacientes presentaron el complejo I; seis, combinación de los complejos I y II; dos fallecieron en el episodio agudo y uno hizo una combinación diferente. El diagnóstico topográfico se logró con tomografía computada (TC) en seis casos y con RM en cinco. Esta última nos ha permitido correlacionar estrechamente las manifestaciones clínicas con el amplio espectro de lesiones isquémicas que se producen en la oclusión de la porción proximal de la arteria mesencefálica, ocasionando alteración de las estructuras del mesencéfalo en su porción basal y tegmental, del tálamo, de la sustancia blanca y de la corteza calcarina. La observación de nuestros pacientes nos permite afirmar que éste síndrome es evolutivo con supervivencia superior a la esperada con una calidad de vida aceptable, dado que la mayoría de los pacientes tiene síndromes parciales. La categorización sindrómica que presentamos puede contribuir a su identificación.

ROBO DE SUBCLAVIA Historia natural, corrección con angioplastia.
Muñoz H., Pérez G., Estrada G., Suárez A., Calderón L.I., Castro P., Departamentos de Neurología y Hemodinámica Clínica Shaio,
Bogotá, Colombia.

En 1961 Reivich describió un fenómeno hemodinámico caracterizado por oclusión de la subclavia proximal al origen de la A. vertebral, capaz de producir flujo retrógrado en este vaso. Posteriormente se le atribuyó la posibilidad de producir isquemia vertebrobasilar (VB) ó accidente cerebrovascular (ACV). Recientemente ha sido demostrado que se trata de una condición común y relativamente benigna. Entre 1987 y 1990 observamos los aspectos clínicos de 10 pacientes (11 vasos) que presentaban síntomas compatibles desde su primera consulta ó durante el seguimiento y que fueron tratados con diferentes técnicas. El grupo tiene un amplio rango de edad (por incluir arteritis particularmente Takayasu) y lesiones ateroscleróticas; ingresaron cuatro asintomáticos con lesiones coincidentes, los cuales desarrollaron síncope ó claudicación del brazo en 4 a 36 meses; los síntomas del grupo general (10 por lesiones izquierdas) fueron presíncope en dos, ataque isquémico transitorio (AIT) VB dos y claudicación del brazo en tres; los demás presentaron combinaciones que incluyeron AIT en solo dos más y presíncope-síncope en dos más; con lo cual observamos isquemia VB en ocho. Clínicamente la totalidad de los pacientes tenía diferencias superior a 30 mm de presión arterial media y/o ausencia de pulso distales. Había soplo supraclavicular en sólo cinco casos. En 4/4 casos el doppler VB con prueba de reto demostró la alteración del flujo. En los últimos cuatro casos realizamos una prueba clínica de reto (isquemia + ejercicio del brazo ipsilateral) la cual reprodujo los signos en tres. Ocho pacientes se sometieron a angioplastia; el procedimiento corrigió la alteración anatómica y hemodinámica en todos, el vaso se reocluyó en dos (en los primeros cuatro meses) ambos con enfermedad de Takayasu; y en un caso un segundo procedimiento de angioplastia produjo disección vascular. Estos dos casos se corrigieron con puentes subclavo-aórticos con buen resultado. Un paciente fue a endarterectomía del tronco-braquiocefálico, uno a endarterectomía carotídea y uno continúa en observación con prueba de reto negativa y ausencia de síntomas. Tres pacientes se perdieron para seguimiento, los 8 restantes tienen 14 meses promedio de seguimiento asintomáticos. Otras complicaciones fueron hematomas locales en un caso y pleitis derecha transitoria en el único caso derecho. Concluimos que pacientes con lesiones de subclavia izquierda desarrollan síntomas de isquemia VB en una proporción importante; el doppler demuestra bien el problema hemodinámico pero no se relaciona con la posibilidad de desarrollar síntomas; frente a síntomas sugestivos, una prueba de reto aporta hallazgos valiosos; la angioplastia corrigió la mayoría de los casos (>80%) en forma prolongada con una baja frecuencia de complicaciones mayores.

CORRELACION ANGIOGRAFICA-PATOLOGICA EN ENDARTERECTOMIA CAROTÍDEA

Muñoz M., Pérez G., Gutiérrez de Ruiz M., Estrada G., Suárez A., Calderón L.I., Castro P., Departamentos de Neurología, Radiología y Hemodinámica Clínica Shaio, Bogotá, Colombia.

Con el propósito de comparar el grado de estenosis de la carótida interna extracraneana calculado con base en angiografía carotídea convencional, con el grado de estenosis real en el respectivo espécimen quirúrgico, se seleccionaron 25 casos consecutivos de endarterectomía carotídea extracraneana entre 1987 y 1990. No se incluyeron en el análisis seis por deficiencias en la pieza patológica ó por ausencia de las angiografías originales.

Se estimaron sobre 19 vasos, el porcentaje de estenosis angiográfica (%E-A) y la evidencia de úlceras (U-A) a través de evaluación ciega por dos investigadores (promedio), comparando el diámetro de máxima estenosis en las diferentes proyecciones con el diámetro sano inmediatamente distal. Se hicieron fotografías de cortes en fresco y/o congelados en salina isotónica, en sentido longitudinal (interior de la placa) y transversal en el punto de máxima estenosis, estos últimos, transferidos a acetatos a escalas 1.7 hasta 1.11. Fueron medidos planimétricamente con asistencia de computador, para comparar el porcentaje de estenosis contra el área de corte del espécimen (%E-P). Se tabuló además la presencia macroscópica de úlceras, el carácter homogéneo de la placa y se calcularon los diámetros reales mayor y menor de la luz residual. Para efectos de comparación por grupos se usaron rangos arbitrarios así: I: 75-50%, II: 51-75%, III: 76-90% y IV: estenosis crítica.

Encontramos que los %E-A sólo coinciden con los %E-P en dos casos; son inferiores en una categoría en diez; inferiores en dos categorías en seis y superiores en una categoría en uno. Las úlceraciones (18 casos para comparación) fueron diagnosticadas correctamente en seis, sobrediagnosticadas en diez y subdiagnosticadas en dos. Encontramos placas no-homogéneas en 14 de 19 especímenes y los diámetros reales oscilaron entre 0.96 mm y 5.7 mm sin ninguna relación con el área de estenosis.

Concluimos que las angiografías en las condiciones descritas subestiman seriamente el grado de estenosis; y no valoran de manera confiable, generalmente por sobre-diagnóstico, la presencia de úlceras. En nuestros casos, la mayoría de las placas ateroscleróticas son mixtas con necrosis y hemorragias y la variación en los diámetros de luz explica, sin duda, los fallos de las angiografías en precisar el grado de estenosis.

CLINICA DE CEFALEA

Aycardi E., Takeuchi Y., Servicio de Neurología, Dpto. Médico, Hospital Militar, Escuela Militar de Medicina, Bogotá. Durante el año de 1989 se fundó y puso en marcha la Clínica de Cefalea del Hospital Militar Central. Los objetivos fueron: 1. Organizar un equipo multidisciplinario para el estudio y tratamiento de la cefalea. 2. Unificar criterios de clasificación y tratamiento. 3. Orientar y educar al paciente. 4. Determinar la incidencia y prevalencia de la cefalea en la consulta Neurológica. 5. Organizar administrativamente la consulta, economizando recursos y materiales. Un residente y un especialista realizaron la consulta un día a la semana, atendiendo 5 a 8 pacientes por día, en un lapso de 40 minutos por paciente. El equipo de neurología que trabajó fue siempre el mismo y recibió colaboración directa de psicología, enfermería y secretaría, y a manera de interconsulta de los servicios de rehabilitación, psiquiatría, neurorradiología, oftalmología y ortopedia. Durante el periodo de 08-IX-89 al 08-V-90 se atendieron 60 pacientes en 100 consultas, 18 hombres (30%) con edad promedio de 31.2 años y 42 mujeres (70%) con edad promedio de 42.5 años. Los pacientes contestaron una encuesta al momento del ingreso que mostró: 1. La cefalea afectaba su vida diaria, Mucho (55%), Regular (26.6%), Poco (18.4%). 2. Habían consultado en su vida por cefalea, entre 1 y 3 médicos (46.6%) de 4 a 6 médicos (16.6%) y más de 6 médicos (36.8%). 3. Al 60% no se les había explicado su diagnóstico. 4. Se había cambiado la medicación para el dolor, entre 1 y 3 veces (20%), entre 4 y 6 veces (18.3%), más de 6 veces (30%), nunca (31.7%). Conclusiones: La evaluación de los pacientes al momento de ingresar a la Clínica de Cefalea demuestra que el enfoque y manejo actual de este problema es inadecuado. Consideramos que con el trabajo multidisciplinario y personalizado los resultados serán más beneficiosos tanto para el paciente como para la Institución, lo cual esperamos demostrar en el transcurso del desarrollo de nuestro programa.

169

METASTASIS CEREBRALES

Ramírez S., Guerrero A., Fadul C., Melo G.
Servicio de Neurología, Dpto. Médico, Hospital Militar Central,
Universidad Militar de Medicina, Instituto Nacional de Cáncer
logía, Bogotá.

Desde agosto de 1988 hasta abril de 1990 se está llevando a cabo un estudio prospectivo donde se incluyeron 75 pacientes con diagnóstico de Metástasis Cerebrales, mayores de 18 años con una mediana de 54 años (R:28-81), 51 mujeres (68%) y 24 hombres (32%). Todos los pacientes tenían el diagnóstico histológico de Cáncer sistémico. Fueron evaluados y seguidos por escala funcional, escanografía y/o gammagrafía cerebral al mes, dos, cuatro, y doce meses. Objetivos: 1. Establecer las características (localización, número, distribución y tumor primario) de las metástasis cerebrales; 2. Sintomatología clínica; 3. Evaluar variables pronósticas (tipo de tumor primario, tiempo entre el diagnóstico del primario y la aparición de los síntomas neurológicos, tiempo entre el diagnóstico de metástasis cerebrales y tratamiento, recidiva y recurrencia) 4. Determinar la utilidad del tratamiento; 5. Causa de muerte. Los primarios más frecuentes fueron Ca seno (34%), pulmón (21%), melanoma (8%) y desconocidos (12%). Fueron múltiples 65%. En 4 pacientes (0.05%) fue la primera manifestación del Cáncer. El síntoma más frecuente fue cefalea 37% (28), debilidad 21% (16) y crisis epilépticas 17% (13). Al examen Neurológico el 77% tenía signos motores, 68% alteraciones del II par, 28% VII par y el 16% síndromes de alteraciones de marcha y coordinación. El tiempo entre la aparición de los síntomas neurológicos y la evidencia de metástasis cerebrales tuvo una mediana de 15 días. La mediana entre el diagnóstico del tumor primario y la detección de la metástasis cerebrales fue de 12 meses (R:1-144). El 92% (167) de las metástasis cerebrales fue supratentorial. El sitio más frecuente fue el lóbulo parietal 25% y la región frontoparietal 19%. Murieron 46 pacientes (61%), 15 pacientes (33%) por hipertensión endocraneana. La mediana de la sobre vida fue de 4 meses. 59 pacientes fueron tratados con Radioterapia de los cuales 40 mejoraron su estado funcional, conclusiones: A diferencia de lo informado en nuestro medio son más frecuentes las metástasis cerebrales por Ca de seno, múltiples, supratentoriales y más del lado derecho. El tratamiento se justifica pues mejora la calidad de vida.

171

FACTORES DE RIESGO EN EPILEPSIA

Estudio epidemiológico de casos y controles.

Jiménez I., Mora G., Uribe C., Isaza R., Sánchez D., Muñoz A.
Liga Antiepileptica Central Epilepsia, Medellín.
La prevalencia de la epilepsia en los países en desarrollo es muy alta, aproximadamente 3 veces la informada en los países industrializados; en Colombia varios trabajos han presentado una prevalencia promedio de 20 por mil habitantes lo cual hace que la enfermedad sea un serio problema de salud pública. En el presente estudio epidemiológico de casos y controles se investigaron los factores de riesgo responsables de la alta prevalencia de la enfermedad y se proponen las medidas necesarias para bajarla.
Para el estudio se seleccionaron 1131 casos de epilepsia y 1137 controles de personas sanas agrupadas por edad, sexo y condición socio económica; casos y controles se sometieron a una encuesta especialmente preparada para determinar la frecuencia de los factores de riesgo considerados en la literatura médica como productores de epilepsia; la edad de casos y controles fue de 0 a 25 años. Los factores de riesgo seleccionados para el estudio fueron los siguientes: 1) factores genéticos 2) factores de riesgo obstétrico, 3) infecciones del S.N. 4) enfermedades virales de la infancia y 5) trauma craneo encefálico.
La información obtenida se procesó por medio del computador para establecer el riesgo relativo para cada factor analizado, la razón de disparidad y el intervalo de confianza. Se hizo luego un análisis de regresión múltiple logística para descartar asociaciones espúreas.
Después los analistas estadísticos quedaron con valor, como productores de epilepsia solamente los siguientes: El factor genético, la presencia de epilepsia en los antecesores del paciente, fue el más importante de todos por su elevada significancia estadística (P: <0.0005); el parto no institucional, el parto prolongado y la anoxia perinatal; las meningitis y encefalitis y el trauma encefalocraneano. Se proponen los medios conducentes a bajar la elevada prevalencia de la enfermedad en nuestro país.

170

INTOXICACION CON MONOXIDO DE CARBONO (CO)

Toro J., González L.F.
Sección de Neurología, Fundación Santa Fé de Bogotá

OBJETIVO: Se presenta un caso clínico de neurología, posteriormente se realiza una revisión de la literatura acerca del mismo.

Historia Clínica: Paciente de sexo femenino, 22 años de edad. La paciente fue encontrada en estado de coma profundo, motivo por el cual consulta. Antecedentes: muerte de una persona en la misma habitación 3 meses antes. Al examen neurológico, se encuentra somnolienta, bradipsíquica, bradilálica. Resto del examen físico es normal.

Se descarta una intoxicación exógena por fármacos, y un estado post-ictal confusional. Simultáneamente se realizan mediciones de CO en la casa de la paciente, se encuentra una concentración de 180 ppm, considerada como letal a partir de 110 ppm. Durante la hospitalización se realizan tomografías (2) que son compatibles con el envenenamiento con CO.

Dos meses después de la hospitalización la paciente presenta una rueda dentada derecha, fascias inespresivas, bradipsíquica, bradilálica y bradiquinética.

REVISIÓN DE LA LITERATURA: Es la principal causa de muerte en los incendios, produce cerca de 3500 muertes en USA.

La toxicidad radica en dos aspectos: 1. La gran afinidad del CO por la Hb, mayor que la del O₂; aproximadamente unas 250 veces, esto produce una disminución de la liberación tisular de O₂ periférico. 2. Inhibición de los procesos oxidativos celulares.

Sintomatología: Esta es muy diversa e inespecífica y definitivamente proporcional a la concentración de CO en sangre. Va desde la cefalea, el vertigo hasta la misma muerte. Los órganos blanco son básicamente los mismos que en la hipoxia de cualquier etiología (cerebro, riñón y corazón).

Diagnóstico: Este se realiza básicamente con la historia de exposición al CO y con la medición de CO en sangre y eventualmente con la presentación de hallazgos con sintomatología similar. La utilización de gases arteriales es bastante discutida, por cuanto dependen del grado de acidosis y de los mecanismos compensadores de esta. La utilización de el TAC es definitivo puesto que el compromiso de los núcleos basales principalmente del globo pálido en forma simétrica y bilateral es característica de la intoxicación con CO.

Tratamiento: Este debe ser enfocado a la oxigenación del paciente y a prevenir las eventuales complicaciones que puedan presentarse como: arritmias ventriculares, convulsiones, hipotensión y acidosis láctica. La utilización de la terapia hiperbárica es discutida y no ha mostrado beneficios importantes comparados con los riesgos que implica su utilización.