

Ars Medica

Año IX

Mayo de 1933

N.º 93

Disquinesia facial bilateral encefalítica

por el doctor

Luis Barraquer

Jefe del Servicio de Neurología
del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona

En el año 1929 presenté en una lección clínica de nuestro Hospital a un enfermo que presentaba un curioso trastorno disquinésico de la cara, de mayor acentuación en los párpados a semejanza de un tic facial.

Al exponer el síndrome, hice el diagnóstico diferencial con un tic y con una corea.

La oportunidad actual de tres enfermos en estudio, nos ha inducido a publicar esta curiosa forma de disquinesia, interesante también por su diagnóstico patogénico.

Adjunto publicamos las figs. 1 y 2 correspondientes a dos de nuestros enfermos.

Vamos a explicar el caso del grabado número 1, fotografía 1.^a, uno de los tres enfermos actuales.

Todavía es más aparente de visu nuestro tercer enfermo actual, pero éste no se ha prestado a ser fotografiado.

El fenómeno motor consiste en la aparición súbita e intempestiva de movimientos de oclusión y de abertura de los párpados, que parecen, como ha dicho CHAVANY, los movimientos de protesta o de defensa de los párpados para procurar de expulsar a un cuerpo extraño conjuntival. Este período de

fuerte parpadeo, acaba al final por la oclusión completa y prolongada de ambos ojos en forma de violento espasmo.

Estas crisis clónico-tónicas se repiten con variable frecuencia, llegando en algún caso a imposibilitar al enfermo de su trabajo habitual y aun de su vida de relación social.

Casi siempre la enfermedad no sólo se limita a interesar a los músculos inervados por el facial superior (orbicular de los párpados, superciliar y frontal) sino que también, aunque de manera más tardíamente, invade a toda la musculatura facial superior e inferior.

Durante el período álgido del espasmo muscular, aparece la cara fruncida con los surcos de los pliegues orbitales y los nasolabiales extremadamente exagerados y con algunos temblores fibrilares y sacudidas que a veces llegan a determinar movimientos de elevación de los pabellones de las orejas. Jamás el espasmo es doloroso ni su aparición obnubila al enfermo.

Esta nuestra descripción sindrómica coincide con los cuadros descritos por HENRI MIEGE (1) (*Une forme clinique de con-*

vulsion faciale bilaterale et médiane) y con la de SICARD y HAGUENAU (2) (Paraspasmo facial bilateral).

Pero en nuestra citada exposición clínica del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, expusimos las razones para creer en la patogenia infectiva mesoencefálica de esta curiosa disquinesia facial, en las que a continuación vamos a insistir.

A la exploración del enfermo, nos damos en seguida cuenta de que no se trata de un simple tic en un sujeto con estigmas propios psico-neuróticos. Tampoco existen movimientos más o menos generalizados de tipo coreo-atetósicos.

Nuestro enfermo presenta sus reflejos tendinosos y cutáneos normales. La motilidad ocular extrínseca es también normal y las pupilas reaccionan bien a la luz y a la distancia. Ningún trastorno de esfínteres. La reacción eléctrica de los músculos de la cara es normal.

El examen del líquido céfalo-raquídeo de uno de ellos da el siguiente resultado: elementos, 7 por célula de Nageotte. — Albúmina, 0'24. — Wasserman, Globulinas y Benjuí coloidal negativas. — Glucosa, 1'10.

El relativamente moderno conocimiento de la patogenia cerebro-mesoencefalítica de disquinesias como tortícolis espasmódicos, espasmos de torsión, formas coreo-atetósicas, cosa también citada por CHAVANY (3) hace en seguida pensar en esta patogenia infectiva neurotrópica mesoencefálica.

Pero es más, nosotros ya hemos visto cómo alguno de estos enfermos, más adelante han presentado un cuadro meso-encefálico tipo encefalítico epidémico.

Y ahora recientemente CHAVANY (3) ha publicado un caso personal que además de coincidir con nuestras observaciones sindrómicas, el citado autor supone también la citada patogenia encefalítica.

Debemos, pues, reservar el pronóstico de

estos enfermos, por la posible presencia tardía de complicaciones disquinésicas más extensas, cosa ya presenciada por nosotros, como acabamos de decir.

La enfermedad es muy rebelde a toda medicación y ello ha dado lugar a que se hayan empleado las inyecciones alcohólicas sobre las ramas del facial, con las que sólo se consiguieron remisiones temporales y en alguna ocasión una parálisis parcial.

CHAVANY ha tratado a su enfermo con yoduro sódico, escopolamina y la ionización cálcica transcerebral.

Por nuestra parte sólo el salicilato sódico y la escopolamina dosificados según las condiciones del enfermo y de la enfermedad, nos ha proporcionado poder modificarla favorablemente.

BIBLIOGRAFIA

(1) HENRI MIEGE — Les convulsions de la face. Une forme clinique de convulsion faciale bilaterale et médiane. *Revue Neurologique*, t. XX, 1910, p. 438.

(2) SICARD et HAGUENAU — Paraspasme facial bilateral. *Revue Neurologique*, t. I, 1925, p. 228.

(3) J. A. CHAVANY — Un cas de paraspasme facial bilateral. *La Presse Médicale*, 22 abril 1933.

RESUM

L. BARRAQUER descriu el síndrome d'un dels seus malalts de Disquinesia facial bilateral encefalítica, a l'ensem que argumenta el diagnòstic patogènic.

L'autor considera el pronòstic reservat per la possible evolució tardana amb una altra varietat de disquinesia més extensa de forma encefalítica, fonamentant-se en la mateixa experiència i en l'opinió d'altres autors citats en el seu treball.

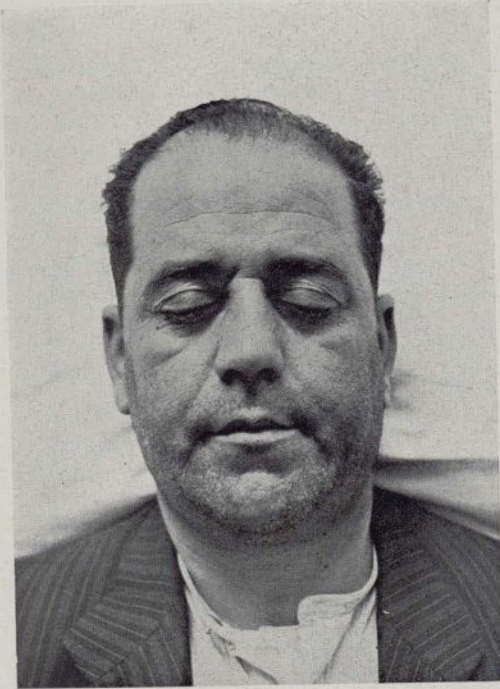


Fig. 1



Fig. 2

RÉSUMÉ

L. BARRAQUER décrit un syndrome d'une dysquinesie faciale bilatérale encephalitique, observé dans un de ses malades faisant en même temps un diagnostique pathogénique.

L'auteur croit que le pronostic doit se réserver à cause d'une possible évolution tardive d'une variété de dysquinesie encéphalitique plus étendue. Il base son opinion sur sa propre expérience et sur celle des auteurs cités dans son travail.

SUMMARY

L. BARRAQUER describes a syndrome of bilateral facial encephalitic dyskinesy observed in one of his patients and at the same time sets forth a pathogenic diagnosis.

In his opinion, based on his own experience and that of the authors mentioned in his work, the prognosis may vary through a possible later evolution of a more extensive encephalitic dyskinesy.