

Hemiplejías orgánicas de guerra no debidas a proyectiles

por GONZALO R. LAFORA

Teniente Coronel Médico del Hospital Neurológico Militar de Godella (Valencia)

Vamos a tratar de problemas neurológicos interesantes que parecen aclarar las experiencias de la guerra. Nos referimos al influjo de las emociones, como determinantes de trombosis vasculares y reblandecimientos cerebrales por el mecanismo del espasmo vascular emotivo (crisis hipertensiva), cuando los vasos están afectos de lesiones meso-endarteríticas. Este mismo mecanismo emocional puede causar hemorragias cerebrales por la rotura de la pared vascular en las zonas afectas de lesiones de la membrana elástica del vaso. Este hecho, muy comprobado por la experiencia, en los sujetos de edad avanzada y más raro en las edades juveniles, en casos de sífilis vascular, se observa, con toda la evidencia experimental en la guerra, donde coinciden los factores: emoción, lesiones vasculares precoces sifilíticas y juventud de los enfermos.

Los casos que vamos a describir son muchachos jóvenes, soldados que, a consecuencia de heridas de bala en diversas partes del cuerpo, y sin lesión alguna del cráneo, resultan afectos, al ser heridos o poco después, de una hemiplejía orgánica, trombótica o hemorrágica, que sigue más tarde sus fases flácida y contractural, con todos los síntomas piramidales que la diferencian de las hemiplejías histéricas, mucho más frecuentes en la guerra.

Como no hemos encontrado literatura especial sobre esta cuestión en las escasas facilidades bibliográficas de que aquí disponemos, consideramos conveniente publicar los casos, para discutir después su mecanismo etio-patogénico.

Conocidas son las hemiplejías consecutivas a traumatismo del cráneo, producidas casi siempre por hemorragias corticales o subdurales, que rara vez producen una hemiplejía total. Las hemiplejías traumáticas que se observan por hemorragia capsular en el *sitio de predilección* (cápsula interna, o proximidades) ocurren, por lo general, en individuos arterioescleróticos con

hipertensión y de edad algo avanzada. También la sífilis vascular cerebral puede dar lugar, en individuos jóvenes, a estas hemiplejías traumáticas, aunque es raro.

Otro es el mecanismo de las hemiplejías emotivas en individuos jóvenes con lesiones vasculares sifilíticas; aquí es la hipertensión emotiva la que ocasiona la trombosis o hemorragia cerebral.

En el primer caso que vamos a describir se produce la hemiplejía lentamente a los tres días después de haber sido herido superficialmente en el tórax, sin caer ni golpearse la cabeza. La historia es como sigue:

Caso I. — M. L. A., de 20 años, campesino de Sevilla, que entra a servir como voluntario del Ejército Republicano.

Antecedentes personales. — En septiembre de 1936, tuvo dos chancros sifilíticos que sólo se trató localmente, durándole un mes. No presentó lesiones secundarias a pesar de no emplear tratamiento específico. No tuvo cefalalgias antes de la hemiplejía; sólo después.

Enfermedad actual. — En febrero de 1937 es herido de un balazo superficial en la tetilla izquierda que no penetra en el pulmón. Al tercer día de esto empieza a quedarse paulatinamente paralítico del lado izquierdo, tardando tres días en establecerse la hemiplejía total. Se inició por el brazo, siguió por la cara y, por último, por la pierna izquierda. Una vez establecida la hemiplejía se produjeron intensas cefalalgias que persistieron durante bastante tiempo.

Exploración (10 - IX - 1937). — Presenta una hemiplejía izquierda en la que se inicia la fase contractural. Los síntomas faciales han desaparecido casi. Los únicos movimientos que aún puede realizar son con el dedo grueso del pie que está habitualmente en flexión dorsal, elevar algo la pierna extendida, estando acostado, y flexionar ligeramente el antebrazo sobre el brazo. Presenta numerosos síntomas piramidales en el lado afecto (clonus de rótula y aquileo, reflejos tendinosos exaltados y con aumento de la zona reflexógena, Babinski, ausencia de los reflejos abdominal y cremastérico).

Hay, además, una ligera hemihipoestesia izquierda. Las pupilas reaccionan normalmente. Los movimientos oculares son normales.

En el sistema cardiovascular no se observa más que un aumento de la tensión vascular (máxima, 20; mínima, 11) al esfigmomanómetro de Pachon. El análisis de orina no da nada anormal.

El Wassermann y equivalentes en la sangre son positivos. El líquido cefalorraquídeo da: 10 linfocitos p. mm.³; albúmina, + 0,22; globulinas = negativas (Noguchi y Pandi). Meinicke = + (?). Lange = 0000000000.

Curso. — El tratamiento específico con preparados de bismuto ha suprimido las cefalalgias, pero no ha mejorado la hemiplejía por haber sido iniciado a los 8 meses de estar instalada ésta.

En *resumen*, se trata de una sífilis vascular pura del cerebro ocurrida a los cinco meses de la infección primaria, en un muchacho de 20 años, que produce una hipertensión vascular precoz y probablemente determina lesiones endarteríticas obliterativas de las pequeñas arterias del sitio de predilección (grupo vascular de los núcleos lentículo-estriados, rama de la Art. Silvana

o de la cerebral anterior). Esta obliteración incompleta de dichos vasos, que irrigan la cápsula interna, el núcleo lenticular y parte del tálamo, se acentúa como consecuencia del *espasmo vascular emotivo* o crisis hipertensiva que se produjo al ser herido. Es la explicación que puede darse en este caso, ya que vemos como algún tiempo después de ser herido empieza a iniciarse una hemiplejía progresiva de desarrollo lento, lo que demuestra su mecanismo trombótico. La oclusión definitiva del vaso ocasionó el *reblandecimiento trombótico* y con ello la fijación definitiva de la *hemiplejía* y su marcha hacia la contractura. El tratamiento específico, que en un principio pudo resistir la lesión vascular con integridad, no ha podido conseguir nada respecto de la hemiplejía por haber sido iniciado a los 8 meses de producirse aquella, cuando el enfermo vino a nuestra observación. Es interesante llamar la atención sobre la precocidad, en este caso, del desarrollo de lesiones endovasculares sífilíticas a los cinco meses del chancro inicial y sin haber tenido sintomatología del período secundario. Estas lesiones sífilíticas precoces de los vasos cerebrales son conocidas desde Naunyn (1879), que demostró pueden aparecer al poco de la infección primaria, habiéndose discutido si se deben considerar de carácter secundario o terciario.

Se trata casi siempre de lesiones endarteríticas o gomosas de los pequeños vasos, susceptibles de fáciles espasmos oclusivos. Se produce la endarteritis de Hübner en la proximidad de nudos gomosos. El endotelio vascular, muestra degeneración grasienta e hiliar; tampoco es raro el ateroma sífilítico diminuto de estos vasos pequeños.

El hecho evidente es que las *emociones de la guerra* pueden determinar hemiplejías orgánicas trombóticas en los enfermos con endarteritis sífilítica cerebral precoz, de la misma manera que las emociones generales las producen en la práctica civil, por el mecanismo obliterante total, consecutivo al espasmo vascular emotivo con aumento de la presión vascular.

Recordemos que en la práctica civil de la paz se han observado también *hemiplejías traumáticas tardías* por hemorragia cerebral, ocurridas varios meses después de un traumatismo craneal y que se han interpretado como consecutivas a lesiones necróticas y aneurismáticas de los vasos cerebrales, derivadas del trauma craneal, las cuales más tarde, con motivo de una hipertensión vascular emotiva, dan lugar a la ruptura del vaso friable y a la hemorragia cerebral. Estas apoplejías postraumáticas tardías resultan muy dudosas después de la experiencia enorme de la Gran Guerra (1). Casi siempre

(1) *Stertz: Hirnblutung (Apoplegia sanguinea)*. Capítulo del Curschmann y Kramer: *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*, II ed. 1925, pág. 523.

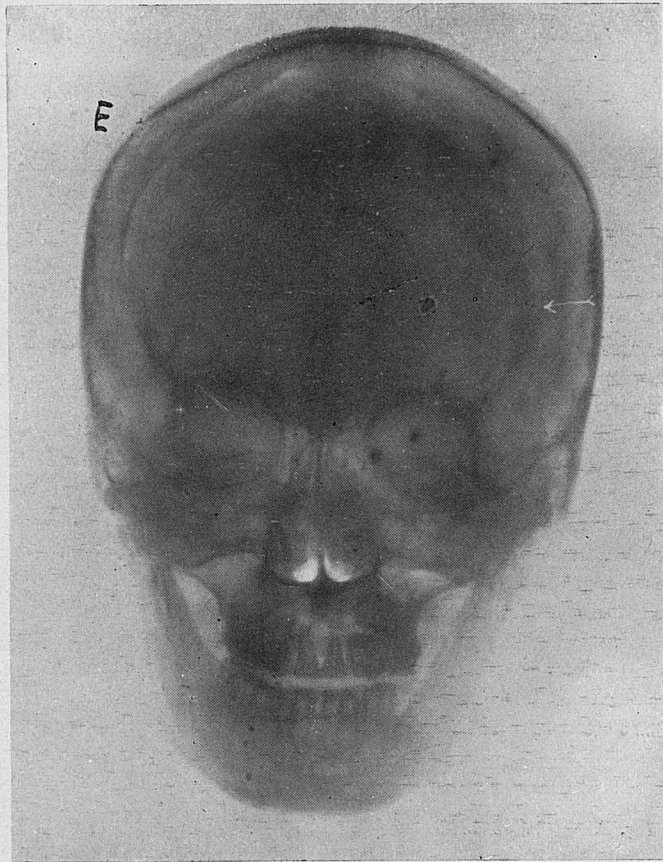



Fig. 1. — (Reforzada la mancha de la metralla). Radiografía frontal con el trozo de metralla en hemisferio derecho (←) .

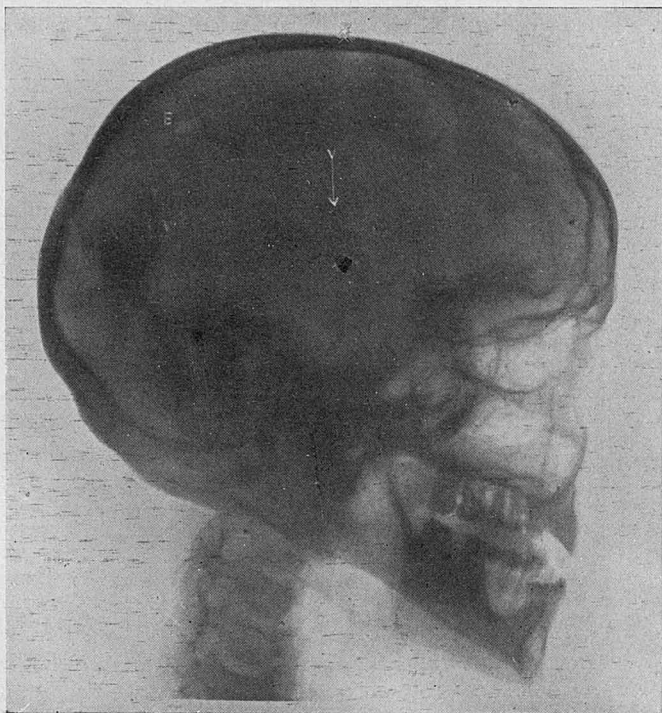


Fig. 2. — (Reforzada la mancha de metralla). Radiografía lateral con la situación del proyectil en hemisferio derecho (☛→) y el orificio de entrada (E) en zona parietal izquierda.

tienen un mecanismo genético similar al de este caso nuestro o son debidas a lesiones arterioesclerósicas, interviniendo factores hereditarios como elementos dispositionales.

* * *

En el caso segundo interviene un mecanismo distinto: la hemorragia cerebral por ruptura vascular emotiva o traumática del cráneo.

Caso II. — P. J., de 30 años, mecánico.

Antecedentes personales. — Padeció blenorragia 6 años antes de la actual enfermedad. Niega sífilis. Nunca padeció cefalalgias.

Enfermedad actual. — Fué herido el 8 de enero de 1937 en las dos piernas por balas de ametralladora. Se produjo parálisis de tibial anterior en la pierna izquierda y, además, lesión del nervio ciático derecho a nivel del tercio medio del muslo derecho.

Al parecer se produjo simultáneamente caída y un ictus apoplético con pérdida del conocimiento durante 10 días, dejando como residuo una hemiplejía derecha con afasia motora. No se produjo dificultad para comprender el lenguaje. Se desconoce si al caer, herido de las dos piernas se golpeó el cráneo (¿etiología traumática?).

Exploración (10-IX-37). — Hemiplejía contractural derecha, con sítomas piramidales, que afecta algo a la cara del mismo lado. Falta el reflejo plantar y el aquileo derecho por la lesión del nervio ciático. Hemihipoestesia derecha. Afasia motora: el lenguaje espontáneo se limita a alguna frase; no puede repetir nada, ni sus frases espontáneas si se le piden. Comprende órdenes y responde a las preguntas con la mímica y su reducido lenguaje. Ejecuta los movimientos que se le ordenan.

Las pupilas reaccionan bien. Los movimientos oculares son normales. No hemianopsia.

Hay anestesia e hipoalgesia de la planta y cara externa del pie derecho debida a la herida del nervio ciático.

La radiografía del cráneo no demuestra ninguna lesión ósea, ni fragmentos de proyectil que puedan ser responsables de la hemiplejía.

La tensión vascular es normal (14-8 en el Pachon). El corazón presenta un 2 tono rudo en la punta.

El Wassermann de la sangre es negativo. El líquido cefalorraquídeo (10 septiembre) sale algo contaminado de sangre, por lo que da ligero aumento de globulinas; albumina: 1,17 y linfocitos de 17,5 por mil. El Meinick es negativo, y la curva de Lange resulta 3344100000.

Curso. — El tratamiento específico con inyecciones de bismuto no produce mejoría de la hemiplejía derecha, que lleva ya ocho meses establecida.

En resumen se trata de un soldado de 30 años que a consecuencia de dos balazos en ambas piernas presenta un ictus inmediato en el que se prolonga diez días la inconsciencia. Esto hace pensar en un proceso de ruptura vascular con extensa hemorragia cerebral localizada en el sitio de predilección capsular y sus contornos de la zona del lenguaje motor, o en las ramas de la arteria silviana izquierda. Se puede pensar que la hemorragia ha sido fa-

vorecida por la conmoción craneal de la probable caída al ser herido en ambas piernas. El enfermo no presenta hipertensión, ni antecedentes sifilíticos, que sólo parecen sospecharse por el análisis del líquido cefalorraquídeo.

El tratamiento específico ha resultado ineficaz.

* * *

El diagnóstico de estos enfermos hemipléjicos de etiología imprecisa, debe hacerse por exclusión y tras exploraciones minuciosas de los posibles factores causales. La investigación debe referirse: 1.º al posible trauma y fractura de cráneo, 2.º a la sífilis latente vascular y 3.º a la posible penetración de algún proyectil o trozo de metralla que haya podido producir una hemiplejía.

Recordamos a este respecto el caso de un soldado que herido superficialmente de metralla en la región parietal izquierda presentó una hemiplejía orgánica del mismo lado izquierdo. Había llegado a nuestra exploración un mes después, con el antecedente que la metralla no había perforado el cráneo y había sido extraída operatoriamente. Sin embargo, la radiografía nos demostró que un diminuto trozo de metralla alejado en la cápsula interna derecha había ocasionado la hemiplejía orgánica izquierda inexplicable hasta entonces.

La historia clínica del caso es como sigue:

Caso III. — F. A. M., de 27 años, campesino de Tarragona.

Antecedentes personales. — Nunca ha estado enfermo, ni ha padecido enfermedades venéreas.

Enfermedad actual. — Herido en 25 de septiembre de 1937 por la metralla de una bomba que lo lanzó por los aires. Al caer estuvo dos horas inconsciente, despertando con una hemiplejía izquierda que no afectaba a la cara. En la región parietal izquierda presentaba una pequeña herida, de la cual le extrajeron un trozo de metralla, no encontrando orificio craneal alguno. La hemiplejía flácida ha ido mejorando, excepto en el brazo.

Exploración (22 - X - 37). — Hemiplejía flácida izquierda. Marcha casi normal, con ligera espasticidad del pie izquierdo. Puede sostenerse sobre este pie sólo. Puede elevar el brazo izquierdo, pero es incapaz de coger un objeto con dicha mano, aunque flexiona los dedos.

Los reflejos tendinosos en el miembro inferior están exaltados y con aumento de la zona reflexógena y el aquileo tiene tendencia clónica. No hay Babinski, pero sí Oppenheim. los reflejos superficiales están iguales en ambos lados:

La sensibilidad es normal en el lado izquierdo.

La tensión vascular es normal.

El Wassermann es negativo.

HEMIPLEJÍAS ORGÁNICAS DE GUERRA NO DEBIDAS A PROYECTILES

Las radiografías frontal y lateral del cráneo (fig. 1) muestran un trozo de metralla localizada algo por encima de la cápsula interna del hemisferio derecho o en el centro oval. En la lateral (fig. 2) se observa en E la puerta de entrada.

Curso. — Ulteriormente ha ido acentuándose la tendencia contractural del brazo izquierdo, mientras que en la pierna es casi imperceptible.

En resumen se trata de una hemiplejía izquierda por lesión diminuta en centro oval o cápsula interna derecha, producida por un pequeño fragmento de metralla que penetró por la parte alta del parietal izquierdo.

* * *

Tenemos, pues, tres casos de hemiplejía orgánica a consecuencia de heridas sin importancia, al parecer, y en los cuales cada uno presenta un mecanismo etiológico patogénico distinto. En uno es la trombosis cerebral hipertensiva, en otro la hemorragia quizá traumática y en el tercero la lesión cerebral producida por un diminuto trozo de metralla. Sólo la última es debida a un trozo de proyectil que ha pasado inadvertido en la intervención primera.