

HEMIPLÉJIA CEREBELOSA POR HEMORRAGIA

POR

MARCELINO J. SEPICH Y MARIANO ALURRALDE

El término hemiplejía cerebelosa introducido por vez primera en la literatura por Pineles y Mann para describir una hemiplejía cerebelosa homolateral que diferenciaban de la hemiplejía piramidal por el hecho de afectar uniformemente todos los músculos en lugar de predominar sobre ciertos grupos musculares y ser además cruzada, por la ausencia de contracturas, etc., concepción ésta que dió lugar a numerosas controversias, pues producía una verdadera confusión entre una hemiplejía motriz y los fenómenos motores de origen cerebeloso.

Es así cómo más tarde Pierre-Marie y Foix han individualizado bajo el nombre de hemiplejía cerebelosa a ciertos síndromes caracterizados por el déficit unilateral de la función cerebelosa.

Los motivos que han inducido a estos autores para designar los hemisíndromes cerebelosos con el nombre de hemiplejía cerebelosa están fundados en la significación etimológica de ese vocablo que significa lesión de la mitad del organismo de tal suerte que la hemiplejía cerebelosa está constituída por el conjunto de síntomas que traducen el déficit unilateral y homolateral de la función cerebelosa.

La hemiplejía cerebelosa puede ser determinada por un gran número de lesiones que afectan en forma unilateral el cerebelo o sus vías de conducción; en unos casos, los más frecuentes de

la literatura médica, se tratan de síndromes a marcha progresiva en los cuales los síntomas cerebelosos están asociados a otros de localización y sobre todo a los de hipertensión endocraneana que los relegan al segundo plano, a este grupo pertenecen los tumores, abscesos, quistes, etc., en donde la hemiplejía cerebelosa es consecutiva al desarrollo de la neoformación en el cerebelo o en sus conductores, pedúnculos, eventualidad ésta frecuente en los tumores del ángulo pontocerebeloso.

Al lado de éstos existen otros síndromes menos frecuentes de comienzo brusco en los cuales los síntomas cerebelosos son sensiblemente aislados y puros, siendo ellos consecutivos a lesiones arteriales, hemorragias o reblandecimiento; estos casos clínicos son los más apropiados para estudiar la hemiplejía cerebelosa indudablemente, siempre que la destrucción se limite a los hemisferios cerebelosos sin atacar la protuberancia, pues es sabido que las lesiones del vermis o adyacentes a los pedúnculos cerebelosos en su inserción pontina traen una sintomatología más compleja.

La feliz coincidencia de haber podido seguir un enfermo que presentaba una hemiplejía cerebelosa de comienzo brusco consecutivo a una hemorragia unilateral del hemisferio, observación ésta bastante rara, es lo que nos ha decidido a presentar este interesante caso, cuya historia clínica es la siguiente:

J. A., de 45 años de edad, boliviano, soltero, empleado de farmacia.

Ingresó a la sala el 15 de agosto de 1929 ocupando la cama número 2.

Antecedentes hereditarios: Padre vive y es sano; actualmente de 60 años; madre fallecida a los 20 años de una neumonía.

Antecedentes personales: A los 8 ó 10 años ha padecido de difteria, escarlatina y más tarde, a los 14 años, fiebre tifoidea. A los 18 fué operado de apendicitis. Muy fumador y bebedor en especial cerveza, vino, etc. No ha tenido venéreas. Paludismo adquirido en las fronteras del Brasil a los 30 años, forma terciaria.

Enfermedad actual: Se inicia hace 20 días en forma brusca con un fuertísimo dolor de cabeza localizado en la región occipital. Estas cefaleas se intensifican con los movimientos, cambios de posición, los

estornudos, los esfuerzos musculares. A ello se añaden vómitos fáciles. Con este motivo solicita una ambulancia a este Hospital para ser trasladado a nuestra sala. Al ingresar a ella entra en un estado semicomatoso permaneciendo así durante 3 días. Al salir de él se encuentra que sus cefaleas se intensifican nuevamente, agregándose a ellas alteraciones en la visión puestas de manifiesto por visión nublada, etc.

Estado actual (16 de agosto de 1929) : El enfermo se encuentra en estado semicomatoso, facie, vultuosa ; respiración estertorosa ; pulso, 90 ; respiración, 20 por minuto ; los párpados semicerrados y los miembros en resolución completa, no existiendo convulsiones.

Tres días más tarde, a raíz del tratamiento instituido (enema-drástico, etc.), el enfermo sale de su estado anterior, consiguiéndose entonces recoger los datos que anteceden.

En estas condiciones es posible realizar un examen neurológico un poco más profundo ; así por la inspección, se comprueba que es un sujeto en muy mal estado de nutrición, con algunas cicatrices acrómicas en ambos miembros inferiores, piel pálida, desarrollo piloso normal ; panículo adiposo normal.

La palpación de las masas musculares permite comprobar una disminución del tonismo de los miembros superior e inferior derechos, mientras que en el lado izquierdo la tonicidad se presenta con caracteres normales.

Esta palpación no despierta dolor ni aun en los troncos nerviosos.

Motilidad activa : Los distintos movimientos correspondientes a la mímica (cierre y apertura de ojos, etc.) se realizan con los caracteres normales. Lo mismo podemos decir en lo referente a los movimientos de cabeza y cuello.

En los miembros superiores los movimientos se realizan dentro de los límites de excursión fisiológica, pero con evidentes perturbaciones de su coordinación para el miembro superior derecho, no así para el izquierdo que reviste los caracteres normales. En los miembros inferiores se hallan las mismas perturbaciones que en los anteriores, es decir, movimientos de excursión normal, pero con alteraciones en su medida para el lado derecho.

Motilidad pasiva : La motilidad pasiva, contraprueba de la palpación, permite apreciar la existencia de movimientos de amplia excursión y sin mayor resistencia para el miembro superior e inferior derechos ; el resto normal.

Fuerza muscular : ésta no acusa disminución franca en ninguno de sus segmentos que permita establecer la existencia de una parálisis

aunque en miembro superior e inferior derecho existe una evidente disminución comparada con el lado izquierdo.

Reflejos músculo-tendinosos : maseterino normal. Miembros superiores : lado izquierdo conservado ; lado derecho : tricipital, palmares, radiales, disminuídos. Miembros inferiores : rotuliano y aquiliano derechos, disminuídos ; izquierdos, conservados.

Reflejos cutáneos : cutáneos abdominales y cremasterianos, igualmente disminuídos.

Cutáneo plantar : abolido. Babinsky o sus equivalentes, no existen.

Sensibilidad superficial y profunda : en sus diversas formas, conservada.

Aparato cerebeloso : el examen de la coordinación muscular, perturbada como ya hemos dicho ; para el lado derecho demuestra la existencia de hipermetría o dismetría en el miembro superior e inferior derechos (siendo positivas la prueba del índice sobre la nariz, pabellón de la oreja), la de la indicación del vaso de agua, la del trazado horizontal, adiadococinesia, la pronación, todas éstas para el miembro superior, mientras que para el miembro inferior lo mismo resultan positivas la prueba del talón, indicación, etc.

En la estación : de pie se hace con evidente aumento de su polígono de sustentación y con lateropulsión derecha ; en esta actitud las distintas pruebas de la pulsión la caída siempre se hace hacia la derecha.

La marcha : es sumamente dificultosa, pues conservando siempre ese aumento de su base de sustentación, tiende a caer hacia la derecha después de haber andado 2 ó 3 pasos en gran zig-zag.

La investigación de la asinergia del tronco, etc., se halla dificultada por la imposibilidad de mantener la posición vertical.

Ojos : motilidad ocular conservada ; pero aparece nistagmus en las miradas extremas. El examen de fondo de ojo realizado por el doctor Manes dice : neuroretinitis albuminúrica bilateral (4-IX-1929).

Análisis de líquido céfalorraquídeo (5 de septiembre de 1929).

Tensión : 60 (quedando en 30 después de la extracción).

Aspecto : xantocrómico límpido.

Albúmina por el método de Ravaut : gramos 0,40 por mil.

Recuento de elementos figurados a la célula de Nageotte : 4.4 leucocitos y 7.8 hematíes por mm³.

Reacción de Guillain (benjuí coloidal) : 0000022220000000.

Reacción de Pandi : positiva + +.

Reacción Nonne-Apelt : negativa.

Reacción de Wassermann : negativa.

De la historia clínica que antecede se destaca en primer término su comienzo en forma brusca con intensas cefaleas localizadas a la región occipital, acompañadas de vómitos fáciles para terminar finalmente en un estado semicomatoso que se prolonga por espacio de tres días, al salir del cual se comprueba la existencia de alteraciones evidentes en la coordinación de los movimientos del cuerpo del tipo cerebelar en la mitad derecha, traduciéndose sobre todo por los fenómenos de la serie de Babinsky (hipermetría, adiadococinesia, etc.), y modificaciones en la estación y marcha del tipo unilateral no acompañándose de déficit motor apreciable ya que el estado de la fuerza muscular estaba dentro de los límites normales y los reflejos músculo-tendinosos no revelaban lesión de las vías piramidales, como tampoco era apreciable la participación de pares craneanos.

En resumen, nuestro enfermo traducía una perturbación cerebelosa en la mitad derecha del cuerpo, fenómenos aparecidos en forma aguda precedidos de un ictus seguido por un estado semicomatoso; en suma, existía una dificultad unilateral en la función cerebelosa, la cual podría ser determinada por una lesión situada en el cerebelo o sobre el trayecto de las vías cerebelosas; en el primer caso la hemiplejía es de origen central, en el segundo caso la hemiplejía es de origen cordonal.

En la hemiplejía cerebelosa de origen central se pueden distinguir dos formas: una de comienzo brusco ligado a la producción de focos de hemorragia o reblandecimiento y otra de comienzo progresivo, resultante del desarrollo de un tumor intra-cerebeloso tuberculoma, absceso, quiste, glioma, etc., o yuxta-cerebeloso, tumor del ángulo ponto-cerebeloso en particular.

La hemiplejía cerebelosa de origen cordonal es consecutiva a la lesión de los pedúnculos superior, medio o inferior, presentándose según los casos en forma pura o asociada a síntomas piramidales, talámicos, oculares, etc.

Nuestra observación, teniendo en cuenta su comienzo repentino y la pureza de los trastornos cerebelosos, debe hacernos pensar en la hemiplejía del tipo central que dado la brusquedad

de iniciación estábamos habilitados para pensar en una hemorragia, máxime si tenemos en cuenta su antecedente de alcoholismo inveterado, las alteraciones de fondo de ojo (neuro-retinitis albuminúrica) que traducían un déficit arterial, etc.

En las hemorragias del cerebelo conviene distinguir dos formas: una grave y otra ligera curable; la primera responde a focos voluminosos; la segunda a pequeños focos; en la primera a gran foco, la hemorragia es a veces fulminante: el enfermo se presenta en coma, resolución completa; la punción lumbar permite retirar líquido cefalorraquídeo sanguinolento y sólo en la autopsia se constata en un hemisferio cerebeloso una hemorragia voluminosa que dislacera la sustancia nerviosa; en otros casos no revisten este carácter fulminante y después del ictus sin pérdida del conocimiento, es posible constatar la sintomatología cerebelosa descrita.

Si queremos ser completos en el diagnóstico de la hemiplejía cerebelosa, establecida su posible naturaleza hemorrágica, deberíamos establecer el sitio de la lesión; es difícil desde luego saber de una manera exacta el sitio de la lesión en los centros o sobre las vías cerebelosas; el diagnóstico se hará por la investigación minuciosa de los signos asociados, los cuales permiten referirlos a los diferentes síndromes de forma superior, media e inferior.

El pronóstico en nuestro caso, dado su origen central, era sumamente serio y cuando, como en esta oportunidad, el enfermo no sucumbe en el primer ictus, no debemos olvidar que está expuesto a nuevos, que pueden ser graves y mortales.

Así fué que a pesar de salir del estado grave de los primeros días, el enfermo falleció a los 20 días del ingreso al servicio, o sea el 6 de septiembre de 1929. Practicada la autopsia, es extraído el encéfalo, el cual se fija en formol.

Observado macroscópicamente por su superficie externa, no presenta nada de particular en sus circunvoluciones y surcos, como tampoco en el aspecto de sus envolturas. Separado el cerebro del rombo-encéfalo, se practican una serie de cortes vérti-

co-transversales, no apareciendo nada de particular ni en la distribución de la sustancia blanca y gris; cavidades ventriculares de tamaño y aspecto normales.

Practicándose un corte vértico-transversal del rombo-encéfalo, se observa que la protuberancia y el hemisferio cerebeloso izquierdo macroscópicamente son normales, mientras que en el

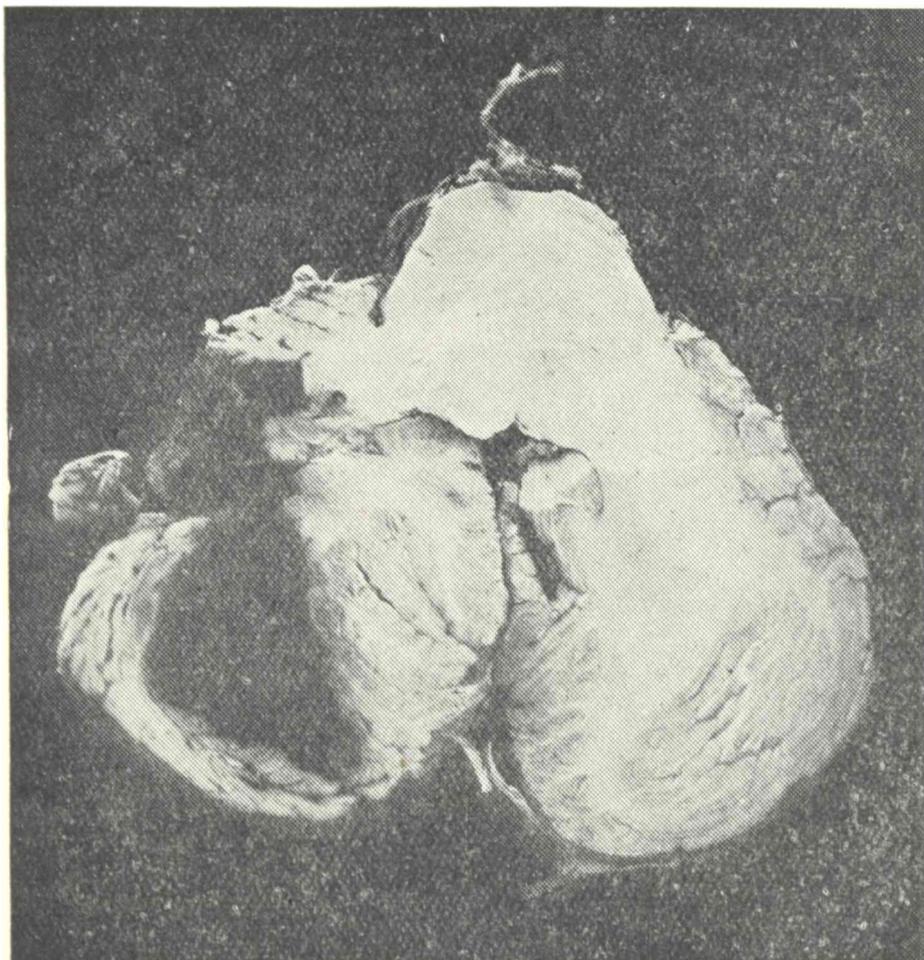


Figura 1

hemisferio cerebeloso derecho aparece un gran foco hemorrágico central, desarrollado casi totalmente en la sustancia blanca; separado por su parte inferior y lateral por la sustancia gris y extendiéndose hacia arriba hasta la misma corteza pero sin interesar para nada la protuberancia, aspecto éste que se observa muy claramente en las figuras 1 y 2.

Los cortes siguientes muestran que el foco hemorrágico queda limitado exclusivamente a la región central ya descrita.

Ahora bien: la interpretación anatomopatológica de este foco hemorrágico nos obliga a recordar la irrigación cerebelosa, la

cual se hace por intermedio de 3 arterias de cada lado : las cerebelosas superior, media e inferior.

La cerebelosa superior nace del tronco basilar cerca de su bifurcación; ella se dirige hacia afuera y describe una curvatura siguiendo el surco subprotuberancial; después ella se flexiona y recorre de adelante hacia atrás la cara superior del cere-

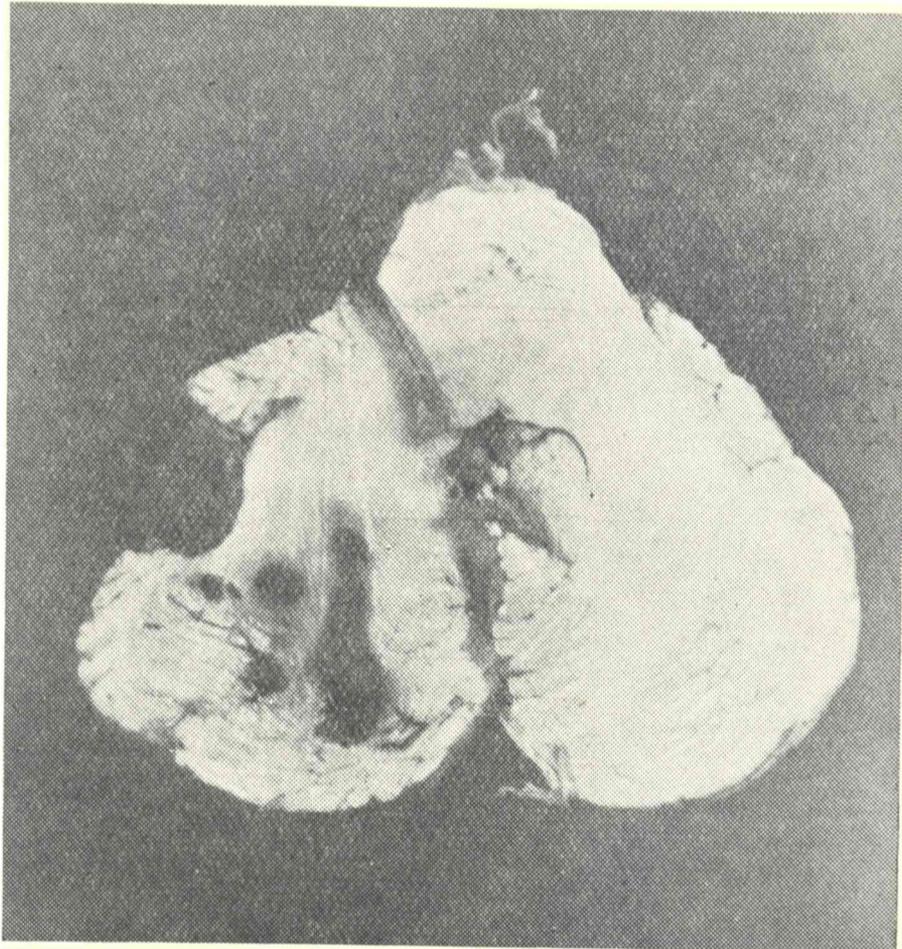


Figura 2

belo dando dos ramas : una externa que recorre el hemisferio correspondiente, y una interna que se distribuye en la válvula de Vieussens y el vermis superior, la cerebelosa superior es esencialmente la arteria del vermis superior.

La cerebelosa media (cerebelosa inferior y anterior) nace del origen o de la parte media del tronco basilar, pasa sobre las raíces del motor ocular externo y se distribuye en la cara anterior del cerebelo.

La cerebelosa inferior (cerebelosa inferior y posterior) nace de la arteria vertebral, muy flexuosa, ella abraza el bulbo y

pasando de su cara anterior a la cara posterior, ella atraviesa las raíces del hipogloso, continúa su trayecto a través de las del neumogástrico, después llega sobre los bordes del cuarto ventrículo, donde desaparece hundiéndose en su profundidad; después de este trayecto ella se divide en una rama interna o mediana que ocupa la cisura inter-hemisférica del cerebelo y se extiende sobre el lóbulo mediano y entra en dos ramas externas o laterales destinadas a la cara inferior del cerebelo.

Las arterias cerebelosas están todas anastomosadas entre sí, por cuya razón los focos de reblandecimiento son raros en el cerebelo y cuando ellos se observan son mal limitados.

Del punto de vista de la patología es necesario señalar la importancia de dos arterias: la arteria del núcleo dentado, rama de la cerebelosa media cuya ruptura es la causa más frecuente de la hemorragia del cerebelo, y la arteria cerebelosa posterior e interna, cuya obliteración provoca la aparición del síndrome descrito en Alemania por Adolfo Wallenberg y que responde a lo que nosotros llamamos hemiplejía cerebelosa de origen cordonal.

De acuerdo a esta descripción, la hemorragia en nuestra observación es consecutiva a la ruptura de la cerebelosa media.

En resumen, creemos que nuestra observación presenta además de su interés clínico una contribución a las lesiones hemorrágicas del cerebelo que, como se sabe, son extremadamente raras.

ABSTRACT

Cerebellar hemiplegia by haemorrhage, by Dr. Marcelino J. Sepich, professor of Clinical Neurology at La Plata's University School of Medicine, and Dr. Mariano Alurralde, professor of Clinical Neurology at Buenos Aires University School of Medicine.

The authors after having made a brief synthesis of the syndrome, report the case of a patient affected with cerebellar hemiplegia due to Haemorrhage which they could follow. The patient with a cerebellar disturbance developed hemiplegia of the right half of the body, which appeared in an acute form preceded and followed by a sudden semicomatose condition.