

## **A PROPOSITO DE LAS ALTERACIONES DEL ESTADO DE CONCIENCIA EN LAS MENINGOENCEFALITIS SUPURADAS \***

Dres. B. RODRIGUEZ ARIAS, C. LAMOTE DE GRIGNON  
y A. PONS CLOTET

**Q**UEREMOS circunscribir nuestras reflexiones, es decir, el análisis de unos hechos clínicos, a las leptomeningitis supuradas. Y tan sólo con el fin de marcar unas factibles diferencias, señalaremos —de pasada— lo que cabe observar en algunas encefalopatías bacterianas muy parecidas, porque en las mismas el trastorno de conciencia (fenómeno que nos interesa observar) destaca bastante entre todos los demás.

Hemos creído necesario reavivar la atención sobre este tema sindrómico, dado que los más clásicos Tratados de Neurología (Gowers, Cruchet, Bing, Kroll, Lange, etcétera), describen bien la sintomatología de las meningitis supuradas y aluden, especialmente, a los trastornos mentales, a los delirios korsakoides, a las alucinaciones, al estupor, a la somnolencia, a la pérdida brusca de conciencia, al ictus apoplejiforme, etc., mientras que los textos modernos suelen limitar la enumeración de las

manifestaciones clínicas de dichos procesos a la tríada cefalalgia-vómitos-contracturas, y únicamente citan las perturbaciones del estado de vigilancia a título de epifenómeno infeccioso.

Nuestra aportación se basa en el examen de 72 pacientes que han estado hospitalizados en la Clínica de Neurología I del Instituto Neurológico Municipal de Barcelona. De la serie, 59 corresponden a meningitis, y los 13 restantes a abscesos cerebrales, verificados en acto quirúrgico o en necropsia. Estos últimos, ya lo hemos dicho, se utilizan como punto de contraste por el especial relieve que tienen (intensidad y frecuencia) las perturbaciones de conciencia, al lado de la gran similitud que muchas veces ofrecen ambos procesos.

Los casos revisados podemos dividirlos en tres grupos, a tenor de la intensidad de las manifestaciones psicopatológicas. Desechamos aquellos en los que tales manifestaciones coincidían con marcada

\* Comunicación presentada y discutida en el «VI Congreso Nacional de Neuropsiquiatría», Barcelona, 27 de abril a 1 de mayo de 1960.

hipertermia o aparecían en el período terminal.

Importa aclarar, antes de seguir adelante, que cuando hablamos de perturbaciones del estado de conciencia o de vigilancia, nos referimos a cuantos fenómenos expresan una desconexión cuantitativa con la peristasis y que son exponente de un estado confusional que, a su vez, dará «alteraciones psíquicas» de carácter cualitativo, que también valoraremos. Así, pues, consideramos en pie de igualdad, con sólo las gradaciones citadas, las parasomnias, desorientaciones témporo-espaciales, apatías, delirios oníricos y obnubilación, desde el sopor al coma profundo, pasando por el estupor y el coma vigil.

En el primer grupo, englobamos los que llamamos «Trastornos Psíquicos Intensos». En él se integran las formas fulgurantes o ictiformes —la apoplejía meníngea— y las que cursaron con evidentes alteraciones de conducta.

En el segundo grupo, que calificamos de «Trastornos Psíquicos Medianos», incluimos los enfermos cuyas alteraciones revistieron menor intensidad o tuvieron carácter episódico.

En el tercer grupo, finalmente, reunimos los enfermos que no exhibieron en ningún momento alteraciones en los mecanismos de integración sensorio-perceptiva.

Vale la pena insistir en que tales manifestaciones pertenecen a la fase prodrómica o acompañan los primeros síntomas de la do-

lencia; cuando sobrevienen en el período de estado, únicamente se utilizan a efectos estadísticos de resultar muy intensos o muy peculiares.

La rápida enumeración de los datos a que nos conducen las distintas cifras, es como sigue:

De las 59 meningitis estudiadas, 45 sufrieron trastornos psíquicos, de los que 26 pertenecen al grupo de los intensos y 19 al de los medianos. En los 13 abscesos elegidos, se dan 5 con trastornos psíquicos intensos y 8 medianos.

Por lo que concierne a la etiología, no parece existir relación alguna entre la naturaleza del germen causal y el desarrollo de perturbaciones psíquicas; de otra parte, nuestra estimación peca de incompleta, pues son numerosas las neuropatías supuradas en las que no fue posible el diagnóstico microbiano a causa del previo tratamiento con antibióticos.

Tampoco se observa lazo neto alguno con la edad, pues la frecuencia e intensidad de los trastornos psíquicos se reparte de modo uniforme en todas las edades. Y asimismo, la distribución aparece equivalente en ambos sexos.

En cuanto a la clínica, hemos podido notar que de los 59 casos, 33 presentaban formas típicas de meningitis y 26 formas atípicas. Se ha seguido, como es lógico, el criterio semiológico y humoral clásico. Los trastornos psíquicos intensos se han registrado en la tercera parte de las formas típicas y

en más de la mitad de las atípicas. Los trastornos medianos, por el contrario, se han impartido uniformemente en ambos grupos, lo que representa aproximadamente una tercera parte. La ausencia de alteraciones psíquicas se ha manifestado en un tercio de las meningitis de cuadro clínico típico y en una novena parte de las atípicas.

Los corolarios relativos a la evolución, son claros: las alteraciones del estado de conciencia parecen tanto más frecuentes —y de una forma más desigual, tanto más intensas— cuanto mayor fue la gravedad del cuadro morbosos.

Los signos humorales carecen de significado expresivo. La leucocitosis hemática, prácticamente constante en todos los casos, no ofrece variaciones de interés de unos a otros.

Por lo que respecta a la V.S.G., es evidente que se halla en mayor grado acelerada en los trastornos psíquicos intensos, mientras que en los medianos y en los casos sin alteraciones psíquicas, las diferencias son escasamente demostrativas.

El análisis del líquido cefalorraquídeo descubre alteraciones inflamatorias siempre, aunque no se patentice correspondencia alguna con la intensidad de la afectación psíquica. Tampoco se encuentran alteraciones específicas de la glucorraquia en relación con los trastornos psíquicos, hecha la salvedad de que no se ha tomado en consideración el cociente glucemia-glucorraquia.

Finalmente, en el examen del

fondo ocular, que permite advertir abundantes papilitis dobles, ingurgitaciones venosas, edemas papilares, neuritis ópticas y atrofas secundarias, los hallazgos normales corresponden, en su mayor parte, a los casos que presentaron trastornos psíquicos intensos y, en menor escala, a los medianos. En las formas sin alteración psíquica alguna predominan, en cambio, las papilitis dobles, que representan casi la mitad de los casos.

A modo de síntesis cabría defender las siguientes conclusiones:

1.<sup>a</sup> Habida cuenta que de 59 casos revisados, sólo 14 se mostraron libres de perturbaciones psíquicas, es forzoso admitir que su presencia tiene un positivo valor en el conjunto sindrómico de los procesos meningíticos supurados.

2.<sup>a</sup> Las alteraciones del estado de conciencia en las meningitis bacterianas, van desde el ictus apoplejiforme hasta las más ligeras perturbaciones de intensidad o ritmo del sueño, hipersomnias o parasomnias.

3.<sup>a</sup> Queda bien sentado que en las formas atípicas es donde predominan sin duda los trastornos psíquicos de mayor intensidad, mientras que el mayor número de casos sin alteraciones del psiquismo se nota en las formas meningíticas típicas. La mayor o menor afectación encefálica simultánea

sería, pues, la causa de tales hechos.

4.ª Debemos valuar el sentido que hay que atribuir a la presencia de perturbaciones en el nivel de vigilancia o de conciencia, en cuanto al pronóstico; las esperanzas de curación son tanto mayores cuanto menor resulta la afectación psíquica desde un principio.

5.ª El examen sistemático del «fundus oculi» ha servido para comprobar que papilitis dobles y estasis papilares, tan difíciles de diferenciar en los primeros momentos, neuritis ópticas y atrofas secundarias, se desarrollan con una frecuencia mayor de lo que se cree. El hecho de que la normalidad predomine matemáticamente en los casos de mayor afectación psíquica, tendría para nosotros la misma explicación que hemos dado al hablar de las formas típicas y atípicas.

Todas estas circunstancias y las conclusiones a que nos llevan nos mueve a terminar en seguida con un breve comentario.

En primer lugar, parece evidente la utilidad de no limitar el concepto de síndrome meníngeo a la clásica tríada cefalalgia-vómitos-contracturas, ya que con ello evitaremos errores diagnósticos al catalogar como encefalitis agudas o síndromes vasculares cerebrales a pacientes que exclusivamente sufren un proceso meníngeo.

En segundo lugar, ante un síndrome con escasas manifestaciones meníngeas pero con alteraciones de conciencia de grado variable, a las que se añada una elevación térmica, cefalalgia y discretas contracturas, debería practicarse siempre una punción lumbar.

La repetida aparición de trastornos psíquicos en estos casos no habríamos de tenerla por extraña, si consideramos que la mayoría de veces no nos enfrentamos con meningitis puras, sino con verdaderos procesos meningoencefalíticos. Este criterio nos lo confirman los casos en que se hizo estudio anatomopatológico, pues es casi constante la discreta invasión microglial (infiltración perivascular) de las zonas corticales yuxtapiiales.

Sobre el mecanismo de producción de las alteraciones de conciencia, podemos invocar la intervención del sistema reticular, de modo análogo a lo que se hace en los síndromes hipertensivos endocraneales, ya que en última instancia, las fluctuaciones del estado de vigilancia dependen del juego ininterrumpido del flujo estimulador, que de la formación reticular asciende a la corteza y del que desde ella desciende con impulsos frenadores.

La inflamación o el edema de la citada formación serían, así, los causantes de los fenómenos de somnolencia, bradipsiquia, sopor, etcétera, tan frecuentemente observados. En apoyo de esta manera de pensar, contamos con algunas

historias de la presente revisión; en ellas, los trastornos psíquicos intensos se acompañan de un trazado electroencefalográfico en el que se comprueba la desaparición de las respuestas dependientes del sistema reticular.

Finalmente, no queremos dejar de hacer hincapié en la influencia que la personalidad premorbosea tiene sobre la aparición de fenómenos de liberación o déficit en el ámbito de la conciencia; es decir, que en igualdad de condiciones inmunológicas, la afectación de los mecanismos de vigilancia suele ofrecer muchos matices. Ello podría contribuir a explicar la falta de coincidencia entre modificaciones hemáticas y «liquorales», y la gravedad de las alteraciones psíquicas.

### CASUÍSTICA RESUMIDA

**Caso n.º 1.** — D. (Teresa): coma vigil, estado de semiconciencia, con reacciones de defensa a los pequeños estímulos, ausencia total de comprensión y de reacción a la palabra hablada. Quejidos a los estímulos dolorosos. Obito.

**Caso n.º 2.** — B. (Dolores): febrícula, episodios de confusión mental durante la noche, que dan paso a bradifrenia durante el día. Cefalalgia. Curación.

**Caso n.º 3.** — S. (Enrique): sin prodromos y después de una sinusectomía, alteraciones de conducta, con incoherencia verbal, desorientación auto- y alopsíquica y delirio de tipo ocupacional. Durante la noche fenómenos alucinatorios de tipo korsakoide (zoopsias). (Estreptococos. Obito.)

*Histopatología:* gran infiltración meníngea de polinucleares y linfocitos. Las células corticales están diseminadas y en algu-

nas se observan fenómenos picnóticos. Discreta proliferación microglial, en las capas más externas del córtex. Los vasos que parten de la pía se hunden en la corteza y presentan, asimismo, una cubierta infiltrada.

**Caso n.º 16.** — C. (Manuel): actividad delirante, al principio tan sólo nocturna y después con brotes diurnos, que dejaba amnesia casi completa (coprolúdica), que obligó a limitar sus movimientos sujetándolo a la cama. (Neumococos: curación.)

**Caso n.º 17.** — M. (Josefa): súbitamente y tras haberse quejado de malestar, sufre un ictus con pérdida de conciencia e incontinencia de esfínteres. Se recobró a las pocas horas (sulfamidias) mostrando confusión mental e incoherencia verbal. Meningitis apoplética. Desviación OCG. hacia la derecha. Delirio y bloqueo completo de la conciencia, que sufre remisiones pasajeras. Estupor, coma, óbito.

**Caso n.º 25.** — A. (Manuel): bruscamente y después de 24 horas de malestar general y otalgias, lo hallan inconsciente en la cama. Se recobra tan sólo transitoriamente, con antibióticos. Sopor y bradifrenia en los intervalos semilúcidos. Obito. Neumococos.

**Caso n.º 35.** — C. (Encarnación): ingresa en estado comatoso, diagnosticada de proceso vascular cerebral agudo (ictus apoplético). La punción lumbar demuestra la existencia de una infección meningea supurada. Obito a las pocas horas de su ingreso.

**Caso n.º 36.** — S. (Antonio): repentinamente bloqueo del lenguaje, con perturbaciones del estado de conciencia, que motivaron un coma. Falleció al día siguiente a su ingreso.

*Exploración:* signos de sufrimiento del tronco cerebral, que ocasionan una rigidez descerebrada y fenómenos de M. y K. AP: marcado engrosamiento de la pía madre, que aparece con intensísima infiltración inflamatoria de elementos polinucleares y que forman una verdadera granulación y focos de exudados. Las infiltraciones inflamatorias llegan hasta los espacios de W-R. apreciándose regueros en el córtex.

**Caso n.º 40.** — B. (Dolores): Procede del Preventorio Psiquiátrico. Hace 8 días cefalalgia, insomnio y febrícula; a las 48 horas, agitación psicomotriz y desorientación auto y alopsíquica, por lo que ingresa en el citado frenocomio. Obnubilación acentuada del sensorio, verborrea y delirio. Llama la atención la considerable afectación de la conciencia y la falta de manifestaciones de tipo focal por daño en el parénquima nervioso. Curación. Meningococos.

**Caso n.º 47.** — G. (Consuelo): a las 24 horas de acusar sensación de trancazo y fiebre, se añaden perturbaciones de conciencia, con incoherencia verbal que terminaron en obnubilación acentuada, con episodios intercalados de parasomnia. Nada focal. Discreta irritación meníngea. EEG: desaparición de las respuestas inespecíficas dependientes de la substancia reticular; profundas alteraciones de la actividad bioeléctrica cerebral, que objetivan una lentificación delta y regular, generalizada. Curación.

### RESUMEN

Estudio de las alteraciones de conciencia en 72 enfermos afectos de procesos meningoencefalíticos bacterianos, observados durante los años 1940-1959 (inclusivos) en la Clínica de Neurología I del Instituto Neurológico.

Análisis de las características de los citados trastornos y relación de los mismos con la anamnesia, exámenes humorales, fondo de ojo (oftalmoscopia), electroencefalografía, datos etiológicos y curso evolutivo de la dolencia.

Consideraciones de orden diagnóstico, pronóstico y terapéutico.

### DISCUSION

Intervienen en la misma los doctores J. M.ª Simarro Puig (de Barcelona), L. Rojas Ballesteros (de Granada), y J. Vilá Badó (de Barcelona), quienes hacen referencia al valor que tiene la sintomatología humoral (del «liquor») para corroborar el diagnóstico firme de neuropatía supurada, a la gran significación (en última instancia) del examen neurohistopatológico y a la existencia, muy a menudo, en el EEG. de hipersincronías lentas. Rectifica el doctor A. Pons Clotet para agradecer y dar su conformidad básica a lo aportado.