

LOS EQUIVALENTES MIGRANOIDES (*)

Dr. R. FROUCHTMAN

La jaqueca, o más propiamente denominada «neurodistonía migranoide», es una enfermedad de base constitucional, generalmente de transmisión hereditaria y que se manifiesta por una serie de síntomas que revelan el estado de hiperreactividad frente a los más diversos influjos. Estos accidentes paroxísticos se acompañan de una sobreproducción de substancias activas del tipo acetilcolina, fenómeno originado acaso por una anomalía heredada de los fermentos (JIMÉNEZ DÍAZ).

Como es sabido, el síntoma más llamativo de la jaqueca lo constituye la cefalalgia migraña, pero la mejor observación de estos enfermos ha venido a confirmar que la neurodistonía migranoide no se manifiesta sólo por el dolor de cabeza si no que éste suele acompañarse de un cortejo de fenómenos clínicos que pueden asimismo alternar con él o presentarse con independencia de la cefalea.

Integran estos equivalentes múltiples trastornos de diversa localización, ya que afectan diferentes órganos o sistemas y cuyas manifestaciones clínicas se agrupan diversamente o se presentan de forma aislada. En muchos jaquecosos hemos comprobado que, por su aparatoso aparición y por la intensidad del sufrimiento que producen, estos equivalentes ocupan a veces un lugar de mayor importancia clínica que la cefalalgia. Esta posibilidad de que los equivalentes de la jaqueca puedan presentarse sin acompañar al dolor de cabeza tiene una importancia clínica fundamental, por cuanto su conocimiento nos permitirá filiar la naturaleza de estos cuadros en apariencia difíciles de enjuiciar cuando no se ha tenido en cuenta este parentesco genético con la jaqueca.

Desde luego, es en la neurodistonía migranoide donde se destaca de modo amplio y evidente el carácter común a todas las enfermedades alérgicas, a saber, la anómala reactividad vegetativa del enfermo vinculada a una exagerada liberación de substancias activas, generalmente heredada y posiblemente alguna vez adquirida. En este estado constitucional, en el que se resalta la hiper y disreacción, los fenómenos clínicos se desencadenan siguiendo distintos mecanismos a consecuencia del influjo producido por las más variadas causas, exógenas o endógenas, estructurales o funcionales, es decir, que las manifestaciones reaccionales no son obligatoriamente de naturaleza reaginica. Este concepto de enfermedad alérgica, que hemos expuesto en anteriores trabajos, es también desde hace años el punto de vista de JIMÉNEZ DÍAZ.

Esta multiplicidad de factores y agentes de diversa naturaleza que en un mismo jaqueco son responsables de la aparición de las crisis, constituye en efecto un hecho sugestivo que induce a destacar la importancia fundamental de la disreacción constitucional de estos enfermos, sin que por ello pueda excluirse la posibilidad de que la acción nociva de algunos estímulos adquiera a veces un carácter de especificidad aunque no pueda explicarse siempre su influencia por un mecanismo reaginico. A causa de esta amplitud de posibilidades desencadenantes, resultan a veces inútiles o de eficacia transitoria, los múltiples tratamientos que tienen por objeto corregir las alteraciones orgánicas o funcionales o actuar sobre los estímulos exógenos y endógenos que pre-

(*) Conferencia pronunciada en la Real Academia de Medicina el día 21 de Mayo 1948. - Presidencia Dr. Corominas

cipitan la reacción; sin embargo será siempre aconsejable recurrir a estos intentos terapéuticos. Sobre este aspecto, resulta curioso comprobar la diversidad de fármacos recomendados para el tratamiento de las crisis de jaqueca, a pesar de su indudable beneficio en determinados casos (riboflavina, tiamina, ácido nicotínico, ergotamina, glucosa, choque hipoglucémico, hormonas, etc.)

Por otro lado, al observar la complejidad sintomática de los accidentes migranoides que traducen la amplia neurodistonía vegetativa hemos llegado a pensar si, en la base patogénica de esta tempestad vegetativa, no existiría una importante participación del diencéfalo y en particular de los centros hipotalámicos. Aunque esta hipótesis requiere sin duda ulteriores estudios, parece, no obstante, oportuno el considerar en los migrañosos una posible perturbación del gran centro regulador de las funciones vegetativas. Si bien no está totalmente determinada la anatomía funcional de los centros hipotalámicos, es evidente que éstos ocupan un lugar de estratégica importancia estableciéndose unas relaciones entre los centros superiores de la vida psíquica y las glándulas endocrinas con la vida vegetativa, conexiones que suscitan importantes problemas. En una reciente publicación MARAÑÓN recuerda la importante función hipotalámica como transformador de lo psíquico a lo orgánico, es decir que traduce vegetativamente las emociones y, en sus trabajos, HESS, PENFIELD, ADRIÁN, etc., llegan a demostrar la importancia del tálamo y de los centros hipotalámicos para la regulación de la actividad cortical.

Revisando nuestras historias clínicas de jaqueca (84 enfermos) hemos comprobado que la totalidad de los enfermos presentaban en sus antecedentes personales diversos equivalentes, unas veces precediendo o acompañando a las crisis de cefalalgia, pero en otros sujetos estos trastornos aparecían de forma aislada durante varios meses y en algunos durante varios años. En ciertos sujetos la enfermedad migranoides se manifestaba en sus comienzos por alguno de estos equivalentes y, después de un cierto tiempo de evolución, aparecía el típico dolor de cabeza; en algunos enfermos la jaqueca se revelaba alternando la cefalalgia con los equivalentes.

El estudio de nuestras historias nos permite afirmar en primer lugar que la frecuencia de aparición no es la misma para todos los equivalentes y por los datos obtenidos comprobamos que el mayor número corresponde por orden de frecuencia a los fenómenos ópticos, digestivos y vestibulares.

También es interesante señalar que la asociación de la jaqueca con otras alergosis (observada en un 45,4 por 100 por JIMÉNEZ DÍAZ, en un 82 por 100 por BALYEAT, y en un 59,3 por 100 por nosotros) no presenta la misma frecuencia para con todos estos síndromes reaccionales, y en nuestros resultados apreciamos que la jaqueca coincide en mayor número con los paroxismos alérgicos de evidente mecanismo vasomotor o sea con la urticaria, edema angio-neurótico, conjuntivitis y corizas. Sin embargo, consideramos nuestro porcentaje de alergopatías asociadas a la jaqueca inferior a la realidad, ya que, en algunos casos, no ha sido posible realizar o interpretar un detenido interrogatorio y por otra parte algunas de las manifestaciones clínicas incluidas entre los equivalentes, como por ejemplo las abdominales, presentan evidentes caracteres alérgicos aunque se trate a menudo de fragmentos o formas atenuadas del choque alérgico.

Aspectos constitucionales. — Teniendo la neurodistonía migranoides una base disposicional generalmente heredada, pueden considerarse como equivalentes constitucionales algunos de los rasgos psicosomáticos que caracterizan a estos enfermos.

Sin que pueda afirmarse que estos pacientes pertenecen a un determinado biotipo morfológico, aparte su mayor frecuencia en las mujeres (85 por 100), hemos observado que los jaquecosos suelen ser mayormente de constitución normolínea o ligeramente, normo o hiposómicos; en cambio parecen menos perjudicados los sujetos de hábito picnico o sanguíneo.

Si observamos la personalidad psíquica de los migrañosos, constataremos a menudo que se trata de sujetos inquietos, emotivos, con vivacidad de ideación, afectividad exagerada, a veces inteligentes y, según algunos autores, con notable capacidad para las actividades intelectuales, concepto este que consideramos algo exagerado.

Muy notable es en los jaquecosos, su hipersensibilidad a las variaciones atmosféricas y en muchas ocasiones comprobamos que las bruscas alteraciones meteorológicas les produce un vago malestar, desgana, quebrantamiento, irritabilidad de carácter, confusión mental, etc., de curso generalmente pasajero y que al mejorar las condiciones atmosféricas es reemplazado por un estado de euforia y bienestar, oscilación del carácter similar a lo que ocurre antes y después de la típica crisis de jaqueca; no hay que olvidar que esta sintomatología puede constituir el aura que precede a la crisis de cefalalgia. Otro hecho que se observa con alguna frecuencia es la inadaptación de los jaquecosos a ciertos climas, y vemos como la estancia en ciertas localidades provoca en ellos la precipitación de los fenómenos clínicos sin que pueda inculparse a determinados climas, ya que la inadaptación es personal en cada caso.

Equivalentes visuales. — Entre los equivalentes más frecuentes figuran los trastornos de la visión y cuya aparición suele anunciar la proximidad del dolor de cabeza. Estos signos clínicos, que por lo general aparecen bruscamente, pueden presentarse también con independencia de la cefalalgia o bien acompañar a algunos de los otros equivalentes.

Puede afirmarse que se trata de manifestaciones muy corrientes en los jaquecosos aunque por fortuna de corta duración, de tal modo que pueden pasar inadvertidos olvidando el enfermo referir estos signos espontáneamente. Por ello es necesario insistir en el interrogatorio y averiguar la existencia anterior de estos equivalentes oftálmicos.

Debidamente interrogados los pacientes recordarán en efecto haber sufrido estos trastornos visuales, muchas veces de forma independiente sin cefalea consecutiva: escotomas polimorfos y centelleantes, moscas volantes, hemianopsia, amaurosis pasajera, etc., signos que suelen durar pocos minutos y que el jaqueco achaca a un exceso de lectura o a una luz excesiva. Más tarde, después de varios meses de evolución comienzan a sumarse otros fenómenos — digestivos, zumbidos de oído, etc. — hasta que un día una intensa crisis de cefalalgia revela el diagnóstico.

La brusquedad de aparición de estos accidentes y su breve duración permiten afirmar que expresan un trastorno vasomotor aunque su localización sea todavía un tema de discusión. Para unos autores se trataría de un espasmo de las arterias retinianas que ha sido constatado algunas veces durante la crisis de jaqueca; otros, en cambio, admiten la hipótesis cortical, según la cual los trastornos visuales tendrían su origen en una alteración pasajera de la circulación en la esfera visual.

Equivalentes digestivos. — Todos los autores coinciden en considerar que los fenómenos digestivos asociados a la neurodistonía migranoide constituyen unos trastornos habituales a esta enfermedad. Su importancia estriba, además, en que algunos de estos cuadros de estirpe migranoide pueden a veces confundirse con otros procesos de distinto origen.

Durante la infancia, en el niño de constitución migranoide, es frecuente la aparición de vómitos a los que JIMÉNEZ DÍAZ distingue dos tipos: la biliosidad infantil y los vómitos cíclicos. Estos accidentes aparecen generalmente en niños delgados, nerviosos e inteligentes, a veces con enuresis nocturna. Los vómitos biliosos suelen presentarse por las mañanas en ayunas y los cíclicos a cualquier hora del día, de forma paroxística y pueden provocarse por la acción de los mismos influjos que más tarde desencadenarán la crisis de cefalalgia (comidas abundantes, intensos estímulos luminosos, etc.).

Es corriente que los enfermos jaquecosos padecan un estreñimiento habitual, presentando algunos pacientes crisis cólicas dolorosas las cuales pueden adquirir tal intensidad que inducen a interpretar el cuadro abdominal como el de un proceso grave, citándose casos laparatomizados por error. A veces, y coincidiendo con la cefalea, aparecen crisis diarréicas con retortijones más o menos intensos y que suelen presentar el aspecto característico de la diarrea muco-membranosa.

Otros enfermos refieren padecer un estado nauseoso y peso epigástrico, a veces ardores o bien dolores violentos por gastro o piloroespasmo, con vómitos e intolerancia digestiva. Un síndrome observado en ciertos enfermos es el denominado de «estasis duodenal» de aparición igual en ayunas que después de las comidas y que se manifiesta por dolorimiento gástrico de irradiación dorsolumbar, náuseas y a veces vómitos; suele preceder a la crisis de cefalalgia lo que dió lugar durante algún tiempo a la suposición de que el dolor de cabeza migranoide se originaría por un factor tóxico retenido en el contenido duodenal, interpretación desvirtuada ya que la derivación quirúrgica no evita la aparición del dolor de cabeza.

La neurodistonía puede localizarse también en la zona vesicular, originando síndromes dolorosos que pueden dar lugar a confusión diagnóstica y en la bibliografía se citan varios ejemplos — como los de ÁLVAREZ — de jaquecosos operados por error cuyo cuadro disreacional de las vías biliares era idéntico al de una colecistitis.

Cuando estas manifestaciones abdominales de naturaleza migranoide, y que por su importancia forman lo que se ha llamado «la jaqueca abdominal», toman el aspecto de un cuadro grave asociado con fenómenos generales y sobre todo si se presentan con independencia de la cefalea, pueden plantearnos un problema diagnóstico teniendo que recurrir a todos los elementos de juicio y medios de exploración a fin de descartar la posible contingencia de que nos hallamos frente a un proceso de otra naturaleza. A pesar de su fundamental importancia hemos de señalar la dificultad de orientar en algunos casos un diagnóstico de seguridad, lo que ha dado lugar a intervenciones quirúrgicas inútiles. Sin embargo, existe un hecho clínico que llama poderosamente la atención en estos enfermos y es su buen estado general y la rapidez con que se reponen del paroxismo digestivo.

En todos los jaquecosos rara vez se deja de observar el estado nauseoso al seguido a veces de vómito y que con gran frecuencia precede o acompaña al dolor de cabeza. No es siempre fácil interpretar la patogenia de este equivalente, ya que las vagas sensaciones que acompañan al deseo de vomitar, el enfermo las siente de un modo y suele explicarlas de otro. En consecuencia, se deriva una confusión interpretativa entre las náuseas de origen digestivo que se acompañan siempre de alguno de los fenómenos que hemos citado anteriormente, y las náuseas que integran el mareo, este de origen vestibular. La revisión de este fenómeno en nuestros enfermos nos ha llevado al convencimiento de que gran número de los estados nauseosos son de origen reflejo, extra-gástrico, y con mayor probabilidad de origen laberintico. Es decir, que este equivalente traduciría en numerosos casos una forma más o menos atenuada o incompleta de un trastorno laberintico. En efecto, observamos habitualmente que el estado nauseoso se acompaña de un cierto malestar general, de lasitud y a veces de una ligera inestabilidad propia. Esta náusea jaquecosa que no suele obedecer a causas previstas se presenta con preferencia por las mañanas en ayunas, o independientemente de la clase de alimentos, no presenta relación con el grado de acidez, no se observan fenómenos espasmódicos gastroduodenales y las molestias se exacerbaban por la acción de diversos influjos externos.

Equivalentes circulatorios. — La presencia de trastornos vasomotores en

el rostro es un hecho bastante frecuente en estos enfermos; palidez o rubicundez de uno o ambos lados se asocian a menudo con el dolor de cabeza.

En algunas formas de la enfermedad migranoide predominan diversos fenómenos de labilidad circulatoria central o periférica. Pueden existir acrocirosis, eritromelalgia, hormigueo, calambres, sofocos, intensa arritmia respiratoria, labilidad tensional, etc. A veces, y durante las crisis, puede comprobarse taquicardia, extrasistoles o crisis hipotensoras y es frecuente que el enfermo recuerde haberlos sufrido de forma aislada y comúnmente influídos por la acción de diversos estímulos: emocionales, odorantes, visuales, etc.

Equivalentes vestibulares. — Al tratar del síndrome nauseoso nos hemos referido anteriormente como, en numerosos casos, podría explicarse su mecanismo por la existencia de reflejos láberinticos sobre el aparato digestivo. Se trataría de formas atenuadas o incompletas de laberintopatías en cuya génesis se viene dando mayor importancia al mecanismo alérgico.

Menos frecuente es que el síndrome menieriforme se manifieste en el migrañoso de forma completa, con su triada característica — vértigos, zumbido de oído e hipoacusia —, pues el estímulo láberintico suele dar lugar en estos enfermos a una serie de molestias subjetivas, confusas en algunos casos, y que no es siempre fácil de interpretar. Ante esta duda diagnóstica AZOV afirma que «vértigos láberinticos son todas las sensaciones que lo parecen y muchas que no lo parecen», pues no debe olvidarse que el vértigo tiene un gran componente psíquico.

Naturalmente, si el jaqueco nos refiere el haber padecido la sensación giratoria subjetiva u objetiva, el diagnóstico es fácil, ya que el vértigo es siempre una respuesta directa o indirecta de origen vestibular. Pero lo más corriente es que se presenten cuadros atípicos en los que suele destacar uno de los síntomas característicos, aunque es corriente que éstos se manifiesten en forma algo confusa; por ejemplo, algunos sujetos recuerdan padecer a veces ligeras sensaciones oscilantes, de inestabilidad propia, pero sin llegar a la caída.

En su estudio fisiopatológico del vértigo, AZOV refiere que en la base anatómofuncional de la mayoría de los cuadros vestibulares suele existir un estado de distonía láberintica, por lo que este importante elemento del equilibrio, localizado en el oído interno y dotado de una rica inervación vegetativa, no tolera el menor cambio de tensión endolinfática. Y, al señalar la complejidad de los mecanismos que pueden conducir al hidrop-endolinfático, ya que los factores se influencian mutuamente, recuerda y aboga, según sus propias observaciones, la importancia de los numerosos trabajos que indican con toda probabilidad que entre los múltiples estímulos morbigenos que desencadenan el vértigo, deben destacarse los de naturaleza alérgica. ATKINSON estudia 108 casos de síndrome de Meniére a los que clasifica lo mismo que la jaqueca, en dos formas: por mecanismo vasodilatador y sensibles a la histamina y por vasoconstricción primaria e insensibles a la histamina; la mitad de los del primer tipo sufrian además jaqueca típica y en el segundo grupo (88 enfermos) 12 pacientes presentaban jaqueca y 36 cefaleas no sistematizadas. Este mismo autor ha observado además algunos jaquecosos que sufrieron posteriormente vértigos de Meniére, habiéndose logrado la curación de un caso con síndrome láberintico típico al suprimir la leche. WILLIAMS sostiene que la retención endolinfática es el resultado de la alergia física intrínseca según la cual se trataría de una alteración de la permeabilidad de las membranas celulares con interferencia del metabolismo electrolítico y acuoso, y, en último término, podría tratarse de la existencia de un estado de labilidad capilar. AZOV ha observado repetidamente la coincidencia de manifestaciones alérgicas en los enfermos menerianos.

Equivalentes epilépticos

Sólo en dos de nuestros enfermos logramos averiguar la existencia de acci-

dentes convulsivos sufridos durante la infancia, crisis que desaparecieron después espontáneamente al pasar a la adolescencia.

A pesar de este reducido número de crisis comiciales en los antecedentes de nuestros enfermos, lo que concuerda con las observaciones de otros autores, consideramos de interés comentar la posible relación entre la epilepsia y la jaqueca, tanto bajo su aspecto fisiopatológico como por el significativo hecho clínico de que algunos de los trastornos referidos por los migrañosos, y que suelen integrar el aura jaquecosa, constituyen la misma sintomatología que con frecuencia precede o acompaña a los accidentes convulsivos, como son, por ejemplo, los signos del aura vasomotora (palidez o rubicundez del rostro), del aura sensitiva (lasitud, irritabilidad, etc.), aura sensorial (hipoacusia, amaurosis pasajera, vértigo), etc., lo cual hablaría en el sentido de considerar a estos equivalentes como signos pertenecientes a una misma base disreactiva común a ambas enfermedades.

Numerosos trabajos han referido la coincidencia clínica de algunas alergopatías — sobre todo la jaqueca — con la epilepsia. PÉREZ MORENO expone el caso de una niña cuyas convulsiones aparecían asociadas con un brote de urticaria y eran provocadas por la ingestión de huevo. BARRIOS GUTIÉRREZ cita un niño epiléptico que sufrió típicas crisis de migraña y presentaba además urticaria facticia y eosinofilia. JIMÉNEZ DÍAZ, TILESTON, etc., han publicado algunas observaciones de alternancias de epilepsia y jaqueca, y DEWAT llama la atención sobre algunos enfermos con epilepsia esencial en los cuales existe además una historia familiar y personal de afecciones alérgicas.

Para explicarnos satisfactoriamente el probable origen disreacional de las crisis convulsivas en pacientes con tara alérgica, se aceptaba hasta hace poco la importancia que pudieran tener las variaciones del calibre vascular en el origen de la epilepsia, fenómenos vasomotores localizados en la corteza cerebral y que cabía interpretar como provocados por la reacción alérgica.

Pero las detenidas observaciones realizadas, sobre todo por los neurocirujanos, han demostrado que las variaciones del calibre de los vasos cerebrales son modificaciones secundarias o asociadas a la crisis epiléptica. De igual modo, y gracias a los estudios electroencefálicos, ha venido a confirmarse actualmente que en la epilepsia, si bien no puede negarse la intervención de diversos estímulos secundarios (lesiones, anoxia, hipoglucemia, etc.), constituye la base fundamental de la enfermedad un estado de inestabilidad funcional cerebral; una «disritmia cerebral», como la denomina LENNOX. Se trata, pues, de una anormalidad funcional vinculada a un estado de actividad bioeléctrica alterada de las neuronas, por lo que éstas reaccionan de modo violento y excesivo. Es decir, que éstas células poseen un especial estado de irritabilidad constitucional que origina descargas exageradas — forma exagerada de la propiedad convulsiva de las neuronas — cuando son sometidas bajo el influjo de múltiples factores exógenos o endógenos, cuya participación es distinta en cada caso. Al extenderse la descarga convulsiva a todo o gran parte del cerebro es cuando dará lugar a la aparición clínica de los síntomas.

Este concepto actual de la convulsión epiléptica no excluye en modo alguno una posible interpretación alérgica de algunas crisis, sino que, al contrario, los elementos de juicio que constituyen este concepto fisiopatológico, inducen a pensar que el carácter constitucional de la inestabilidad funcional cerebral demostrada incluso fuera de las crisis epilépticas por medio de la encefalografía, y la anómala respuesta — hiperreacción — de la actividad convulsiva de las neuronas, se asimilan absolutamente con el estado de disreacción vegetativa de la jaqueca y de otras alergosis, neurodistonía que ha sido comprobada repetidas veces en los epilépticos. Así, ambas enfermedades tendrían de común un estado de hiperirritabilidad y de anormalidad reaccional.

Otro argumento que constituye un dato de gran valor en este sentido, son

los recientes estudios que conceden una cierta importancia a un posible mecanismo químico de las convulsiones, consistente en la liberación de acetilcolina en el funcionamiento nervioso del cerebro. Numerosas experiencias — OBRADOR ALCALDE — parecen demostrar que las descargas convulsivas de las neuronas coinciden con una aumento de la acetilcolina cerebral, o sea que se produce un fenómeno químico idéntico al que se desarrolla durante la crisis de jaqueca.

Por consiguiente, estos hechos nos llevan a considerar que existen probablemente puntos comunes entre la disposición comicial y la neurodistonía migrañoide y que serán necesarios ulteriores estudios para confirmar esta hipótesis unitaria de la constitución disreactiva de la epilepsia y de la jaqueca.

FROVENTAS



«La Ciencia aviva la lámpara de la vida».
(Medalla de William Wyon.)

TIROTRICINA

penicilina tópica

Este potente antibiótico ha sido puesto a la venta bajo el nombre de TIROCITRÁN CUSÍ.

TIROCITRÁN CUSÍ, a base de tirotricina, como agente biológico bactericida, reúne todas las indicaciones clínicas de la penicilinoterapia tópica, sin sus inconvenientes de conservación y actividad.

Eficaz en infecciones Gram positivas.

CIRUGÍA. DERMATOLOGÍA. VENEREOLOGÍA. OTORRINOLÓGÍA.

POMADA ANTIBIÓTICA DE TIROTRICINA

TIROCITRÁN

CUSÍ

