

**ASOCIACIÓN  
COSTARRICENSE  
DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS**

## **EMPLEO DE LA BROMOCRIPTINA EN DOSIS BAJAS Y LENTAMENTE ESTABLECIDAS EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON**

H. LIAÑO, JJ LOPEZ-LOZANO, A. RAMIREZ,  
C. RABES Y ML. PASCUAL  
SERVICIO DE NEUROLOGIA DE LA CLINICA  
PUERTA DE HIERRO. FACULTAD DE  
MEDICINA AUTONOMA. MADRID (ESPAÑA)

Un gran número de enfermos parkinsonianos tratados crónicamente con levodopa desarrollan distintos efectos indeseables que hacen difícil su manejo posterior. Ello ha inducido al desarrollo de fármacos dopaminérgicos agonistas directos, de los cuales la bromocriptina (BC) ha sido el más utilizado. Las dosis que se emplearon en la mayoría de los ensayos fueron elevadas y en general no proporcionaron ventajas substanciales sobre la levodopa, y ocasionaron abundantes efectos indeseables. Desde 1982 algunos autores llamaron la atención sobre la eficacia y buena tolerancia de la BC en dosis muy bajas y con ascensos posteriores muy lentos, siendo la dosis media utilizada inferior a 14 mg/día.

Hemos estudiado este tipo de terapia en 40 enfermos parkinsonianos. En 10, éste era su primer tratamiento antiparkinsoniano, y en los 30 restantes se empleaban diversos fármacos, que incluían siempre levodopa. En estos últimos el estado clínico era insatisfactorio a pesar de todo tipo de correcciones psicológicas.

Exponemos los resultados obtenidos en los diferentes subgrupos establecidos, así como los efectos sobre el "fallo fin de dosis", las disquinesias y el fenómeno "on-off".

La tolerancia a este tipo de tratamiento con BC fue buena, y pensamos, después de nuestro estudio, que constituye una alternativa a la levodopa como primer tratamiento antiparkinsoniano y una excelente asociación en enfermos con deterioro clínico en el curso de levodopaterapia crónica.

## **NEUROSARCOIDOSIS APARENTEMENTE RESTRINGIDA AL SISTEMA NERVIOSO DIFICULTADES DIAGNOSTICAS Y TRATAMIENTO**

H. LIAÑO, M.D. JIMENEZ Y M.L. PASCUAL  
SERVICIO DE NEUROLOGIA DE LA CLINICA  
PUERTA DE HIERRO. FACULTAD DE MEDICINA  
AUTONOMA. MADRID (ESPAÑA)

Las manifestaciones neurológicas aparecen en el 4-7 % de las sarcoidosis, pero por lo general se acompañan de síntomas de afectación sistémica o la exploración clínica o complementaria pone de relieve esta participación extraneurológica, aun cuando haya sido asintomática. En raras ocasiones las manifestaciones neurológicas son las únicas que se presentan en la clínica y en las exploraciones habituales.

Presentamos dos casos especialmente peculiares en este sentido. Uno de ellos corresponde a una mujer de edad avanzada con un abigarrado cuadro de poli-neuropatía craneal, hemiparesia, y neuritis óptica, con evolución en brotes. El segundo pertenece a un varón adulto joven con neuritis óptica bilateral y hemiparesia.

En ambos casos la sospecha de neurosarcoidosis se estableció después de excluir diversas patologías neurológicas. El diagnóstico de la afección de base requirió diversas exploraciones dirigidas y no habituales.

Destacamos la importancia de las determinaciones de hidroxiprolina en orina, el rastreo isotópico con galio y en especial la biopsia muscular "ciega".

El tratamiento con corticosteroides proporcionó excelente resultado, en especial en el primero de los casos.

## SINDROME DE HALLERVORDEN- SPATZ: CONSIDERACIONES NOSOLOGICAS A PROPOSITO DE UN CASO

H. LIAÑO, M. MARQUEZ, C. RABES Y  
J. IGLESIAS

SERVICIO DE NEUROLOGIA DE LA CLINICA  
PUERTA DE HIERRO. FACULTAD DE  
MEDICINA AUTONOMA. MADRID. (ESPAÑA)

El síndrome de Hallervorden-Spatz es una afección rara, cuya sintomatología aparece en las dos primeras décadas de la vida y que expresa un progresivo compromiso de los ganglios basales, sin que en la actualidad se conozca el supuesto error metabólico que lo condiciona. Se encuentran agregados intra y extracelulares de pigmento marrón-herrumbroso en el pálido y en la sustancia negra, algunos formando esferoides, e hinchamientos en la porción proximal de los axones degenerados. El síntoma inicial suele ser el trastorno en la marcha y es frecuente que llame la atención al principio una deformidad del pie. La retinitis pigmentosa es la alteración extraneurológica más frecuentemente asociada.

Presentamos un caso clínico con las características típicas del síndrome de Hallervorden-Spatz, en cuya biopsia cerebral coexistían los hallazgos de una distrofia neuroaxonal con los de una ceroido-lipofuscinosis juvenil.

Se hacen consideraciones nosológicas en especial con las formas juveniles distónicas de ceroido-lipofuscinosis, afines a la enfermedad de Niemann-Pick, y en ausencia de descripciones ultraestructurales de la corteza cerebral en pacientes con Hallervorden-Spatz en la literatura, se discuten aspectos neurológicos de este síndrome y su posible conexión con ciertas formas de ceroido-lipofuscinosis.

## TUMORES PRIMARIOS IC EN NIÑOS I. INFRATENTORIALES. CARACT. CLINICAS

DR. CARLOS A. LEON BARTH  
ENF. VIELA C. MORA CALDERON

En Costa Rica no se han reportado en niños la frecuencia y principales características de los tumores intracraneales que estamos presentando.

Los casos de tumores primarios intracraneales entre los años 1970 y 1983 inclusive, se revisaron en más de 250 expedientes y se clasificaron retrospectivamente como I: Tumores supratentoriales (ST) y II: Infratentoriales (IT).

Excluidos los casos obvios no tumorales, se obtuvo un total de tumores intracraneales de 128:

|        |           |
|--------|-----------|
| 1. ST: | 55 (43 %) |
| 2. IT: | 73 (57 %) |

Los infratentoriales pueden agruparse en 5 grandes categorías:

|                              |              |
|------------------------------|--------------|
| 1. Astrocitomas              | 24 (32.9 %)  |
| 2. Meduloblastomas           | 19 (26 %)    |
| 3. Ependimomas               | 12 (16.4 %)  |
| 4. Gliomas de Tallo Cerebral | 10 (13.7 %)  |
| 5. Otros: Oligodendrogliomas | 4 - 8 (11 %) |
| Glioma mixto                 | 2            |
| Glioblastoma mult.           | 1            |
| Hemangioblastoma             | 1            |

Casi el 60 % de los tumores son IT, y de ellos un tercio son astrocitomas.

Se analizaron la distribución geográfica, sexo, edad, así como síntomas de inicio, signos clínicos, exámenes más importantes, tratamiento quirúrgico y calidad de vivo o muerto, así como secuelas al salir del Hospital o en la consulta más reciente.

**TUMORES PRIMARIOS  
INTRACRANEANOS EN NIÑOS:  
II. SUPRATENTORIALES.  
CARACTERISTICAS CLINICAS**

DR. CARLOS A. LEON BARTH.  
ENF. VIELA C. MORA C.

Con las mismas características, se revisaron retrospectivamente los casos de tumores supratentoriales que resultaron ser 55 (43 % de 128 casos).

Los tumores ST se agruparon en 5 grandes categorías:

|                                   |             |
|-----------------------------------|-------------|
| 1. Hemisféricos (parenquimatosos) | 28 (50.9 %) |
| Astrocitomas                      | 7 (25 %)    |
| Glioblastomas Mult.               | 5 (17.8 %)  |
| Ependimomas                       | 5 (17.8 %)  |
| Oligodendrogliomas                | 3 (10.7 %)  |
| Gliomas mixtos                    | 2 ( 7.1 %)  |

1 c/u de Rabdomyosarcoma, Glioma no especificado, hemangioblastoma, condrosarcoma, linfopitelioma, sin histología (3.6 % c/u).

|                       |            |
|-----------------------|------------|
| 2. Intraventriculares | 11 (20 %)  |
| Astrocitomas          | 6 (54.5 %) |

1 c/u de Glioma no especificado, glioblastoma multiforme, Teretoma maligno, Ependimoma y sin biopsia (9.1 % c/u).

|                      |             |
|----------------------|-------------|
| 3. Craniofaringiomas | 10 (18.2 %) |
|----------------------|-------------|

|  |            |
|--|------------|
| 4. Diencefalo – supraselares (hipotalámicos) | 4 ( 7.3 %) |
|--|------------|

1 de c/u de Meningioma sincisial, neuroblastoma supraóptico, astrocitoma supraselar, teratoma maligno (25 % de c/u).

|                  |            |
|------------------|------------|
| 5. Nervio óptico | 2 ( 3.6 %) |
|------------------|------------|

Compuesto por 1 de c/u de neurofibroma del nervio óptico y neurofibroma plexiforme del ala mayor del esfenoides (50 % c/u).

Se analizaron las características clínicas más importantes de cada grupo.

**ELECTROENCEFALOGRAMAS (EEG)  
EN TUMORES INTRACRANEANOS**

DR. CARLOS A. LEON BARTH  
ENF. VIELA C. MORA C.

Con una tabulación manual se revisaron los EEG's de tumores intracraneeanos divididos en anormales, leves, moderados y severos y sus características morfológicas principales.

En los tumores supratentoriales se hicieron 24 EEG y no se solicitó el examen en 31 casos. En niños menores de 3 años fue necesario dormirlos y sobre esa edad generalmente fueron de vigilia. En los 24 trazados se encontró: Normales 4 (16.7 %), Anormales 20 (83.3 %). Los 20 anormales lo fueron en grado moderado o severo en 17 casos (85 %) y en grado leve 3 (15 %).

El hallazgo más importante fue que el grupo de 20 anormales tuvo un trazo focal lento en 14 casos (70 %), pero sólo en 7 guardó relación con la localización de la masa. En 6 casos fue lento generalizado (30 %).

En 3 niños con trazados anormales hubo actividad epileptiforme de puntas (focales en 2 y generalizadas en 1). Estas cifras de anormalidad focal lenta ipsilateral con el tumor probablemente aumenten con un mejor reporte.

En tumores infratentoriales el EEG no es importante, pero se hizo el trazado en 30 de 73 niños y se encontró: Normales 8 (26.7 %), Anormales 22 (73.3 %).

De los 22 anormales, 10 (45.5 %) lo fueron en grado moderado o severo y 12 (54.5 %) en grado leve. De los trazados anormales, 21 (todos menos 1), lo fueron por ondas lentas no focales, a veces biocipitales y sólo en 1 con focalización errónea; éste mismo era epileptiforme.

Se concluye que el EEG es útil en tumores ST como prueba de filtración junto con el examen clínico, pero su solicitud no debe demorar otras pruebas más específicas.

## **ESCLEROSIS TUBEROSA EN NIÑOS: DIAGNOSTICO PRECOZ Y CARACTERISTICAS CLINICAS**

DR. CARLOS A. LEON BARTH  
ENF. VIELA C. MORA CALDERON

Se revisaron las tarjetas de archivo del Servicio de Neurología del H.N.N. desde 1970 hasta 1984 inclusive y los códigos correspondientes de los pacientes hospitalizados del año 1964 a 1984 en la misma época, para revisar las características de esta enfermedad, especialmente motivadas por la presencia de dos casos recientes con biopsia cerebral y diagnóstico temprano. La presencia de lesiones hamartomatosas en la tomografía axial computada (TAC) en pacientes de corta edad con convulsiones y manchas acrómicas en la piel hacen posible el diagnóstico temprano.

Se encontraron 22 casos de ET en niños principalmente del Valle Central, con franco predominio femenino (15 M: 74/68.2 %: 31.8 %) y un inicio antes del año en la mayoría de los casos (16=72.7%) con convulsiones (22 = 100 %) tipo espasmos infantiles, tónico-clónicas generalizadas (TCGx) y parciales, así como lesiones acrómicas cutáneas (16) adenoma sebáceo (13 casos), manchas café con leche (3) y piel de sapo (2) en la mayoría de los casos (95.5 % = 21).

Otra alteración importante en este grupo fue un desarrollo psicomotor lento (19 = 86.4 %) y trastornos de conducta (6 = 27.3 %).

Se hizo biopsia en 3/22 pacientes que mostraron nódulos hamartomatosos (esclerosis), sin encontrar evidencia clínica de tumores extracraneos.

En 5/5 niños el TAC mostró nódulos anormales paraneurales o subventriculares, 3 de ellos con calcificaciones, y por rayos x simples de cráneo otros 4 con calcificaciones (7 = 31.8 %).

El EEG salió alterado en 20/22 niños y 2/22 normales. Fue epileptogénico generalizado en 14 y focal en 1 caso adicional. En 2 casos paroxístico lento y agudo difuso, en 2 lento no paroxístico y 1 lento paroxístico difuso.

En 3 casos (13.6 %) hubo herencia de madre a hijos (autosómica dominante), el resto fueron esporádicos (19 = 86.4 %).

## **MENINGITIS LINFOCITARIA, UVEITIS SORDERA: ENFERMEDAD DE VOGT-KOYANAGI PRESENTACION DE UN CASO**

DR. ROGER MORALES UJUETA

Se presenta el caso de un paciente masculino, adulto, vecino de Tierra Blanca de Cartago, el cual inicia su problema luego de un cuadro gripal.

Aparecen alteración auditiva y visual progresiva, así como síndrome meníngeo.

Se le constata una meningitis linfocitaria y una uveítis.

El cuadro ha sido lentamente progresivo.

Con base en la tríada de uveítis, sordera y meningitis linfocitaria, se establece el diagnóstico de Enfermedad de Vogt-Koyanagi.

Se revisa la literatura actual sobre la enfermedad y los casos reportados en Costa Rica.

## **MIOCLONIAS DE ACCION E INTENCION POST-ANOXIA CEREBRAL: SINDROME DE LANCE Y ADAMS**

DR. HUMBERTO SALAS GONZALEZ

Se reportan dos casos de mioclonías de acción e intención producidas después de paros cardio-respiratorias de etiologías diferentes. Se hace una revisión neurofisiológica de los diferentes niveles cerebrales de control del movimiento, tratando de dar explicación fisiopatológica a estas mioclonías cuyo sustrato no ha podido ser bien precisado. Igualmente se hace una revisión neuro-farmacológica con diferentes sustancias utilizadas en este singular síndrome y el tratamiento definitivo utilizado en nuestros casos.

**TERCERA LEY DE LURIA:  
LATERALIZACION PROGRESIVA DE  
FUNCIONES (A PROPOSITO DE DOS  
OBSERVACIONES CLINICAS)**

DR. HUMBERTO SALAS GONZALEZ

Se hace una revisión somera sobre el funcionamiento cerebral de acuerdo a la teoría Neuropsicológica del Profesor A.R. Luria. Se presentan dos casos estudiados desde el punto de vista clínico, tomográfico y arteriográfico, ambos con lesiones demostradas en el Hemisferio Izquierdo, uno de ellos derecho y el otro zurdo. Por último, se hacen algunas consideraciones de orden teórico-neuropsicológico sobre la Dominancia cerebral.

**ESTUDIO NEUROPSICOLOGICO DE LA  
AGRAFIA: A PROPOSITO DE UNA  
OBSERVACION CLINICA**

DR. HUMBERTO SALAS GONZALEZ

Se presenta un caso de Agrafia residual pura estudiada clínica y tomográficamente, producto de un accidente vascular cerebral que evolucionó satisfactoriamente. Se hacen algunas consideraciones neuropsicológicas sobre este interesante hallazgo semiológico.

**ISQUEMIA CEREBRAL TRANSITORIA**

DRA. MARTHA VARGAS,  
DRA. MARCELA CESPEDES M.

Revisión de los pacientes que ingresaron al Hospital San Juan de Dios en un período de tiempo que va de enero 1984 a agosto de 1984, cuyo diagnóstico final fue isquemia cerebral transitoria.

Se analizó si el diagnóstico fue correcto, métodos clínicos y paraclínicos utilizados para el diagnóstico, sensibilidad de los mismos, factores de riesgos, tratamiento en el episodio agudo y de mantenimiento y evolución de los mismos.

**ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA  
JUVENIL**

DR. GERARDO DEL VALLE C., DR. JAVIER  
VARGAS BRENES, DRA. MARCELA CESPEDES

Se presenta el caso de un paciente masculino de 28 años de edad, con un cuadro clínico progresivo de 20 meses de evolución, caracterizado por pérdida de fuerzas y amiotrofias de inicio proximal; fasciculaciones y manifestaciones generalizadas de liberación piramidal, compatible con enfermedad de Neurona motora de la variedad de-esclerosis lateral amiotrófica.

Se revisa la literatura al respecto en relación a esta infrecuente enfermedad en pacientes jóvenes.

**DISTROFIA MUSCULAR PROGRESIVA  
TIPO BECKER**

DR. GERARDO DEL VALLE C., DRA. CRISTINA  
MUÑOZ G., DR. ARTURO QUIROS U.,  
DRA. MARCELA CESPEDES

Se presenta a un paciente de 14 años de edad con un cuadro de pérdida de fuerza muscular de predominio proximal, amiotrofias a nivel de cintura escapular y pelviana y pseudohipertrofia muscular a nivel de gemelos. Se comentan los hallazgos electromiográficos y de biopsia muscular.

Se discuten las características clínicas de los pacientes catalogados como portadores de enfermedad muscular progresiva pseudohipertrófica.

**EPILEPSIA FOCAL. CORRELACION  
CLINICA-TOMOGRAFICA**

DR. DEL VALLE CARAZO, DR. RAFAEL UMAÑA  
UMAÑA, DR. SITTENFELD APPEL,  
DRA. MARCELA CESPEDES M.

Se revisa historia clínica y la Tomografía Axial computarizada de los pacientes catalogados como portadores de Epilepsia focal en el Servicio de Neurología del Hospital San Juan de Dios en los años 82-83-84.

Se intenta establecer una correlación entre las manifestaciones clínicas y el área y tipo de lesión demostrada en la Tomografía Axial Computarizada.

Se analizan las diferentes imágenes anormales mostradas en el estudio tomográfico y su posible etiología. Se discute los beneficios de la Tomografía axial computarizada de cráneo en el estudio del paciente epiléptico.

## **CRISIS CONVULSIVAS POR INSTILACION DE LIDOCAINA ENDOBRONQUIAL**

**DR. ALCIBEY ALVARADO G.,  
DR. GERARDO DEL VALLE CARAZO**

Se presenta el caso de una paciente de raza blanca, de 35 años de edad, quien desarrolló un cuadro de crisis convulsivas y probablemente un síndrome de "distress" respiratorio debido al uso de lidocaína endobronquial, habiendo sido exitosamente tratada con resucitación cardiopulmonar y ventilación mecánica.

Se discuten los probables mecanismos de este evento, creyendo nosotros que se trata de una reacción anafiláctica con un "distress" respiratorio por el uso local de la lidocaína.

Se revisa y se discute la literatura, encontrándose este caso como el cuarto caso documentado de convulsiones por lidocaína tópica, debido al mecanismo anafiláctico y se llama la atención en el sentido de tener en mente esta complicación, sobre todo para los médicos que utilizan dicho anestésico en forma local.

## **MIELINOLISIS CENTRO PONTINA. PRESENTACION DE UN CASO CON TAC Y VERIFICACION ANATOMICA**

**DR. ROGER MORALES UJUETA, DR. WALTER  
MORA COTO**

Se presenta una paciente femenina, 47 años, la cual ingresa al Hospital Dr. Max Peralta, de Cartago con el diagnóstico de intoxicación medicamentosa.

Había estado recibiendo dosis altas de radioterapia por una neoplasia abdominal y cinco horas antes del ingreso había tomado 5 pastillas no especificadas.

Hay antecedente de mala nutrición y de alcoholismo.

Inicialmente se encuentra rigidez de mandíbulas y de cuatro miembros con reflejos osteotendinosos aumentados bilateralmente con predominio de miembros inferiores y respuesta plantar extensora bilateral.

Valorada por Neurología, se encuentra luego paciente comatosa con hiper-ventilación neurógena.

El deterioro fue rápidamente progresivo y muere por paro cardiorespiratorio horas después de sangrado digestivo alto y de severo broncoespasmo.

Se muestran exámenes de laboratorio y gabinete, así como la tomografía axial computarizada.

Se revisa la literatura actual sobre la enfermedad, los hallazgos anatomopatológicos y los casos reportados en Costa Rica.

## **ENFERMEDAD DE CREUZFELDT-JAKOB EN COSTA RICA PRESENTACION DE UN CASO**

**DR. ROGER MORALES UJUETA,  
DR. HUMBERTO UJUETA**

Se presenta el caso de una paciente femenina, adulta, secretaria de una línea aérea, la cual inicia su enfermedad con torpeza motora en miembro superior derecho, sufriendo rápido deterioro de su condición neurológica con varias manifestaciones.

Se muestra el electroencefalograma que ha sido descrito característico, o casi característico, de este padecimiento.

Se muestran otros estudios complementarios.

La paciente también fue vista en un Hospital de Estados Unidos de América, pero no se le efectuó biopsia de cerebro.

Se revisa la literatura actual sobre la enfermedad y los casos reportados en Costa Rica.

## **PORFIRIA E INMUNODEFICIENCIA DE LINFOCITOS T**

**DR. IGNACIO SALOM E., DR. MARIO  
CHINCHILLA, DR. JORGE FONSECA G.,  
DR. JORGE VARGAS, DR. JOAQUIN SOLANO C.,  
DR. CESAR BONILLA, DR. GILBERT  
KUKLIELKA**

Se presenta el caso de un paciente masculino, de 15 años, vecino de Santa Cruz de Guanacaste. Se diagnosticó en internamientos previos: Apendicitis Aguda (HNN) y Enfermedad de Still (HM), donde continúa en control en Servicio de Reumatología de 1973 a 1976. En este último cursa con títulos elevados de Ig G antitoxoplasma por lo que se inicia tratamiento crónico con trimetropin-Sulfa. En 1982 se realiza estudio inmunológico que revela: franca disminución de Linfocitos T en sangre periférica; ausencia de respuesta en las pruebas cutáneas de Hipersensibilidad tardía, disminución en la respuesta a Fitohe-maglutinación en la transformación blástica de linfocitos; hipergamaglobulinemia de tipo policlonal en la Electroforesis de proteínas; Ig G en suero en niveles dos veces el normal.

En enero de 1984 ingresa por cuadro de dolor abdominal con poliradículo-neuritis, que se diagnostica como Porfiria aguda intermitente corroborándose luego en el Laboratorio Clínico. Evoluciona a Insuficiencia respiratoria que no responde a maniobras de resucitación.

El estudio anatomopatológico reveló: Hipoplasia de timo, disminución de la celularidad en áreas T dependientes de ganglios linfáticos y bazo, esplenomegalia. Necrosis isquémica a nivel del cíngulo y lóbulos temporal y occipital.

Se practicó estudio inmunológico en el núcleo familiar, siendo todas pruebas normales. Los estudios para diagnóstico de Porfiria en orina fueron negativos.

## **MANIFESTACIONES NEUROLOGICAS DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN HEMODIALISIS**

**DR. ISAIAS MENDELEWICZ GOLDWAIG**

La mayor sobrevida de los pacientes con insuficiencia renal crónica, debida a la posibilidad de hemodiálisis y/o transplante renal, hace que cada día se reconozcan nuevas complicaciones que antes eran poco frecuentes.

Estas manifestaciones pueden ser originadas por la enfermedad en sí o por la terapéutica. Entre las manifestaciones neurológicas de la insuficiencia renal crónica se citan en la literatura la encefalopatía urémica, la presencia de asterixis, tremor, mioclonias, tetania, anormalidades motoras, convulsiones y neuropatía. Con cambios tanto en la velocidad de conducción nerviosa como en la electroencefalografía.

Para investigar la presencia de estas anormalidades, se revisaron los expedientes de los pacientes que han estado bajo tratamiento en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital México, desde el inicio de sus funciones en 1972.

Se hace una breve descripción de cada uno de los pacientes, en cuanto a edad, sexo, patología de fondo y/o asociada, sintomatología y de exámenes de laboratorio y gabinete.

**COMPLICACIONES NEUROLOGICAS DE  
CIRUGIA CARDIACA. EXPERIENCIA DE  
5 AÑOS EN EL HOSPITAL  
SAN JUAN DE DIOS**

**DR. DOUGLAS DORMOND HERRERA**

Doscientos pacientes y más de 5 años de cirugía cardíaca en el Hospital San Juan de Dios de San José, Costa Rica, se analizaron buscando complicaciones neurológicas. En el grupo, 44 pacientes fallecieron de causas relacionadas a la cirugía (22%) y 26 pacientes (13%) tuvieron lesión a sistema nervioso central sobre los que el sexo no es determinante y tampoco el diagnóstico preoperatorio, pero sí la presencia de hipertensión arterial pulmonar y la edad, encontrándose mayor incidencia en pacientes menores de 50 años con probable origen multifactorial. Los trastornos del ritmo cardíaco potencian otros riesgos pero los afectados y el grupo en general, la mayoría no los tenían. El 77% de los pacientes con disfunción neurológica tuvo períodos en circulación extracorpórea menores de 2 horas y junto con los fallecidos exhibieron descensos en la presión arterial media a menos de 50 mmHg por tiempos de 5 a 20 minutos extendiéndose hasta 45 minutos en estos últimos. Hay un aumento relativo en daño neurológico y mortalidad si se emplea oxigenador de membrana en este grupo de pacientes. Las alteraciones más frecuentes eran no focales con somnolencia, recuperación lenta de contacto con el medio ambiente, agitación psicomotora, desorientación.

Los daños focales se presentaron a todos los niveles: supra e infratentorial y meníngeo sin predilección especial por alguno de ellos.

**ESCLEROSIS MULTIPLE Y/O  
ENF. DESMIELINIZANTE**

**DR. JULIO SCHIFTER CIRANO**

El propósito de este trabajo es el de investigar la incidencia real de la Esclerosis múltiple en nuestro país y evaluar sus manifestaciones y evolutividad.

Se revisarán retrospectivamente los casos clínicos comprendidos en el períodos 1969-1983 del Hospital México, en los cuales el diagnóstico de egreso fue E.M. y/o enfermedad desmielinizante.

Las variables escogidas para el estudio fueron: Edad, Sexo, procedencia, síntomas, signos, análisis de LCR, Tx, evolutividad, mortalidad.

Reporte inicial de 24 casos estudiados: La edad promedio fue de 29.4 años. La localidad más frecuente por prevalencia fue San José (15 casos), seguida de la provincia de Heredia con 4 casos. 15 casos correspondieron al sexo femenino y 9 al masculino.

Las manifestaciones sensitivas fueron las más frecuentes (14 casos), seguidas de las motoras (10 casos), compromiso del nervio óptico (6 casos), alteración de movimientos oculares (12 casos), cerebelo (6 casos), trastornos esfinterianos (2 casos). Solamente 5 pacientes presentaron elevación de inmunoglobulinas en LCR a expensas de IgG. El tratamiento administrado fue a base de ACTH, esteroides e inmunosupresores. 4 pacientes evolucionaron en brotes con remisiones y exacerbaciones. El resto de los pacientes presentaron un único brote, en los cuales el diagnóstico de E.M. es de difícil sustentación.

No hubo mortalidad en los casos revisados.

**MENINGITIS BRUCELOSICA.  
COMUNICACION DE UN CASO DE  
MENINGITIS A BRUCELLA ABORTUS**

DR. M. CHINCHILLA COOPER, DRA. SILVIA  
DIAZ POVEDA, RESIDENTE III DE  
NEUROLOGIA, DR. DENNIS CHINCHILLA  
WEINSTOK, ESTUDIANTE V AÑO DE MEDICINA,  
UCR.

Se hace comunicación de un caso de MENINGITIS A BRUCELLA ABORTUS, diagnosticado y tratado en el Servicio de Neurología del Hospital México, que representa el primer caso reportado en la literatura médica costarricense.

Se analizan y comentan los aspectos epidemiológicos y bacteriológicos, insistiéndose en las manifestaciones clínicas y posibles complicaciones, y estableciéndose finalmente, el manejo terapéutico moderno.

Un llamado de atención se hace, tanto al Especialista como al Médico General, de que la Meningitis Brucelósica existe en nuestro medio, por lo que debe pensarse en ella ante un cuadro de meningitis crónica, sin diagnóstico preciso y con mala respuesta a supuestos fármacos específicos o de prueba.

Nuestro caso, como el 30<sup>o</sup> reportado en la literatura mundial, presentó recidiva de sus manifestaciones clínicas, hecho que ocurre cuando se utilizan simultáneamente dos de las drogas de elección.

Es de preguntarse si cuadros similares nos han pasado desapercibidos, ya que la evolución natural es en la mayoría de los casos hacia la curación, lo que nos ha podido dar la tranquilidad y la falacia de una corroboración diagnóstica, que no han hecho más que cubrir nuestra ignorancia clínica.

**ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA.  
REVISION DE CASOS EN EL H. MEXICO**

DR. HERNANDEZ V., DR. DIAZ P.

Se revisaron 26 expedientes de los 52 casos diagnosticados en un período de 10 años. Los hallazgos se detallan a continuación.

Se encontró una proporción de 1:1 en cuanto al sexo, con edad promedio de 54 años, al momento del diagnóstico.

El 38<sup>o</sup> de los pacientes abrieron un cuadro clínico con síntomas de bulbo, el 57<sup>o</sup> lo hicieron con síntomas de médula espinal.

Al examen físico, el 57<sup>o</sup> tenían fasciculaciones en algún grupo muscular y el 23<sup>o</sup> en la lengua.

La electromiografía fue compatible con el diagnóstico clínico en el 77<sup>o</sup> de los casos en que se realizó.

El LCR fue normal en el 92<sup>o</sup> de los casos en que se realizó.

Al examen físico el 65.3<sup>o</sup> tenían hiperreflexia y el 30.7<sup>o</sup> presentaron Babinski.

## SINDROME DE GUILLAIN-BARRE HOSPITAL MEXICO

DR. ENRIQUE HERNANDEZ VARGAS  
DRA. ZAYRA TINOCO Y DR. DAVID CASTILLO

Se revisaron 73 pacientes con diagnóstico final de síndrome de Guillain-Barré, vistos en el lapso de agosto de 1969 a agosto de 1980. La edad de los pacientes osciló entre los 10 y los 80 años, 48 de los cuales eran menores de 30 años. 50.6 % fueron varones y 49.4 % mujeres.

Los síntomas principales fueron: paraparesia en 40 pacientes (54.7 %), cuadriparesia en 17 (23.2 %) y dolores musculares en 15. La evolución pre-hospitalaria de los síntomas fue menor de 8 días en 45 pacientes y menor de 22 días en 69 (94.5 %). Se recogió antecedente de cuadro febril en 23 pacientes (31.5 %) y no existió tal antecedente en 50 (68.5 %). El examen físico reveló compromiso de pares craneales en 20 pacientes, el VII par estuvo afectado en 10 pacientes y en 2 casos fue bilateral. Se encontró cuadriparesia en 49 pacientes (67.6 %), cuadriplejía en 12 (16.4 %) y paraparesia en 12. Los ROT'S estuvieron disminuidos en 21 pacientes, hubo arreflexia en miembros inferiores en 11 y arreflexia generalizada en 30. El L.C.R. fue normal en 23 pacientes (17 %), con proteínas aumentadas en 51 de ellos (69.9 %); no se realizó en 5 pacientes.

Complicaciones: Hubo 11 casos de insuficiencia respiratoria, 8 pacientes necesitaron respiración asistida y 8 requirieron traqueostomía; 7 pacientes hicieron bronconeumonía. 8 pacientes fallecieron (12.9 %). Se recuperaron 65 pacientes: 55 parcialmente y 10 totalmente. Hubo recidivas en 3 pacientes.

Recibieron ACTH 59 pacientes (80.8 %). De 1978 a 1980, sólo 4 pacientes recibieron ACTH.

## MIASTENIA GRAVIS. SU MANEJO EN EL HOSPITAL MEXICO

DR. PRADO CUBERO VIDAL

De 1969 a 1983, se analizan 40 casos, 27 mujeres y 13 hombres, siendo los síntomas más constantes la ptosis palpebral y la astenia, siguiendo la diplopia y disfagia.

El tiempo de evolución al presentarse al Hospital fue muy variable, de un día a 15 años.

Para el diagnóstico se practicaron estudios: clínico, eléctrico y prueba farmacológica.

En 28 timentomías practicadas, los resultados han sido muy buenos en un promedio de 65 %, observando recaídas, pobre respuesta o ausencia de la misma en la minoría de los casos. La mortalidad quirúrgica es muy baja y la mayoría por causas ajenas a la miastenia, o antes de existir la Unidad de Cuidados Intensivos.

La evolución de los casos tratados con anticolinesterásicos, son estables en los pacientes que no han aceptado Cirugía. Al momento actual la evolución del miasténico positivamente favorecida por el uso de corticoesteroides, tanto en los no operados, como en los timentomizados en donde el beneficio es mayor, administrados a dosis bajas, a largo plazo y en días alternos.

No se encontraron timomas. En su mayoría los timos fueron histológicamente normales, pero queda la inquietud de que en ellos, el peso significativamente mayor al normal, debe implicar alguna actividad.

## LESIONES CEREBRALES EN HIPERTENSION ARTERIAL

DR. FDO. ALVARADO ACOSTA, DR. EDGAR ACOSTA Q., DRA. ALICIA ACON NE, DR. OSCAR BEITA QUESADA

Es bien conocida la importancia de la Hipertensión Arterial como causa de lesiones cerebrales (hemorragia, infarto o encefalopatía hipertensiva). Con el fin de definir las características anatómicas de estas entidades revisamos 2.768 protocolos de autopsia (Hospital México) que comprende aquellos casos autopsiados desde 1969 a 1975. De ellos analizamos los pacientes hipertensos en general y aquellos casos con lesiones secundarias a hipertensión; de estos últimos estudiamos tipo de hipertensión, distribución por sexo y edad y características anatomopatológicas de cada una de las lesiones: Infartos, hemorragias y encefalopatía hipertensiva. Se encontraron 160 pacientes hipertensos de las cuales 82 (50 %) presentaron lesiones por hipertensión en sistema nervioso, 47 masculinos (47.5 %) 35 femeninos (42.68 %) en cuanto a edad el mayor número corresponde a la quinta, sexta y séptima décadas (5o.: 21, 6o.: 18 y 7o.: 25). En cuanto al tipo de hipertensión en pacientes con lesiones 62 fueron del tipo primario y 20 secundario. Del análisis de las lesiones hubo un total de 8 casos con encefalopatía hipertensiva (5M, 3F). Los infartos se localizaron en sustancia blanca cerebral aislada, 25 casos, seguida por núcleos grises, 7 casos y en 4 casos hubo compromiso en ambas estructuras. Del total, 45 tuvieron la siguiente distribución: sustancia blanca cerebral, 18 casos (54.8 %), seguida por sustancia blanca cerebral y núcleos grises juntos en 9 casos y sustancia blanca y tallo cerebral, 7 casos, de un caso y sustancia blanca y tallo cerebral 7 casos, de un total de 54 casos con hemorragia. Del estudio histológico analizamos: hipertrofia de la capa muscular de arterias, alargamiento e hialinización arterial, vacuolización periarterial, hemorragias, microaneurismas, edema, necrosis arterial e infartos. De estas lesiones la hialinosis y adelgazamiento arterial fueron las lesiones más frecuentes en pacientes con grandes hemorragias, en aquellos hipertensos sin hemorragia con o sin encefalopatía las lesiones encontradas fueron vacuolización periarterial, edema y necrosis arterial.

## HEMORRAGIA SUBRACNOIDEA

DR. MARIO CHINCHILLA COOPER

La dramática presentación de su cuadro clínico: la posibilidad de "Muerte Súbita" en un adulto de mediana edad aparentemente sano, por carecer casi siempre de manifestaciones prodrómicas y orientadores antecedentes patológicos, es lo que ha motivado en nosotros como en otros muchos autores —tanto en forma individual como cooperativa— analizar esta patología, basados en la revisión retrospectiva desde agosto de 1969 a noviembre de 1982 de todos aquellos pacientes que ingresaron al Hospital México, y en los que se confirmó el diagnóstico de "Hemorragia Subaracnoidea".

En general nuestros resultados han sido concordantes con lo extensamente descrito, entre lo que podemos incluir el diagnóstico clínico y para-clínico, utilizando desde los medios más elementales hasta los sofisticados métodos actuales; las clásicas medidas médicas comparadas con las medicaciones modernas y sus desalentadores resultados; así como el abordaje quirúrgico con sus altas posibilidades curativas, cuando la evolución natural del padecimiento lo permite.

Consideramos importante la aportación sobre el conocimiento de nuestra morbi-mortalidad y su repercusión desde el punto de vista socio-económico, tanto a nivel del sistema asistencial como en el núcleo familiar, al poder determinar la estancia hospitalaria y las siempre probables secuelas, bien sean estas transitorias y/o definitivas.

Además sentamos algunas bases desde el punto de vista pronóstico, lo que nos permite dar pautas que podrán evitar altos costos de sofisticados procedimientos diagnósticos, sin ningún interés tanto médico como académicamente hablando.

Técnicas simples permiten tomar esta determinación, al ser confirmados en nuestro estudio y que no hemos encontrado en la literatura mundial.

El aneurisma, eliminada la causa post-traumática, es el elemento etiológico más frecuente en nuestra población de estudio, que por sus características especiales no nos permite emitir juicio sobre la morbilidad infantil.