DOS CASOS DE EPILEPSIA INTESTINAL

Dr. GALO GARCES

Clínica del Seguro, Quito

Dos casos clínicos de interés tanto por el diagnóstico, cuanto por el tratamiento, han servido para la presente comunicación.

Caso Nº 1

S. H., militar de 41 años de edad, casado. Ha sufrido paludismo, parasitosis intestinal, apendicectomía. Viene de la zona oriental del país. Se queja de dolor en flanco derecho, tipo retortijón intenso, acompañado de diarrea fétida, espumosa y tenesmo. Presenta también hidroadeninitis. Se halla un colon espástico doloroso. Cicatriz de apendicectomía.

Exámenes paraclínicos.—Coproparasitario seriado: cercomas. Orina, normal. Linfocitosis. Kahn, Hinton, Wasserman, negativos. Electroencefalograma registró disritmia irritativa, temporal con predominio izquierdo y tendencia paroxística. Rectosigmogdoscopia: mucosa de sigma y recto, roja, áspera y seca, con abundante secreción mucomembranosa, haustracciones numerosas y dolorosas. Impresión: colitis mucomembranosa.

Comentario.—Se piensa en una colitis mucomembranosa inicialmente y se hace tratamiento general pero ésta cede poco. Durante la hospitalización y sin ninguna causa aparecen crisis de temperatura alta, pensándose en un equivalente epiléptico. Hállase positividad en el electroencefalograma y al confrontar este hallazgo con el cuadro intestinal, se califica a éste como colon neurógeno.

Con este diagnóstico se instituyó el tratamiento a base de difenilhidantoína y fenobarbital, con lo cual el paciente mejoró rápidamente y fue dado de alta en condiciones buenas.

Caso Nº 2

E. O., militar de 33 años. Permanencia hospitalaria de 235 días. Ha sufrido parasitosis, paludismo, colecistectomía. Desde hace 2 años epigastralgia tipo pesantez posprandial o se alivia al tomar leche. Eructos, náuseas, vómitos,

meteorismo que se alivia con la expulsión de gases, anorexia, pérdida de peso, precordalgia, disuria, marco colónico espástico y doloroso.

Exámenes paraclínicos.—Sedimentación 12-36; copropasitario seriado indica alimentos mal digeridos y cercomonas; orina y químico de sangre: normales. Coprocultivo: coli común. Estudio radiológico: dólicocolon. Examen psiquiátrico: no se halla dato patológico, ni siquiera para catalogarlo como organoneurosis, existe leve cuadro neurasteniforme (no psiconeurótico). Tiene como núcleo su misma dolencia orgánica funcional somática que no mejora. Rectosigmoidoscopía: hiperperistaltismo marcado, válvula de Houston, tensa, murosa roja brillante. Impresión: colitis mucomembranosa; colitis amebiana.

Electroencefalograma: disritmia.

Comentario.—Fue tratado por mucho tiempo de una gastritis crónica que cedía al tratamiento y reaparecía luego. Después fue tratado de parasitosis intestinal, por varias semanas, pero como no cedieron los malestares se pidió una rectosigmoidoscopía y según la impresión del examinador, se trató con drogas antiamebianas y antibióticos. Posteriormente, al hallar un dólicocolon, se propuso como solución la resección. Pero los síntomas persistieron, por igual.

Esta evolución nos indujo a pensar que se trataba de un colon neurógeno, presunción diagnóstica que contaba con el respaldo del electroencefalograma. Se trató entonces, al paciente con difenilhidantoína asociada al fenobarbital, con lo cual el paciente mejoró notoriamente. Se le dio el alta con la indicación de continuar el tratamiento.

DISCUSION

El antiguo síndrome denominado colon irritable[1-9], puede dividirse en: secundario, cuando es consecutivo a una lesión orgánica evidente, como sucede en la amebiasis, u otras parasitosis intestinales; en ciertas infecciones, en la diverticulosis, etc. Primario, cuando no es evidente una lesión orgánica del colon ni digestiva ni extradigestiva.

Probablemente este segundo grupo abarca un síndrome que algunos autores como Abril[4] y otros han denominado "epilepsia abdominal", el que se caracteriza por manifestaciones paroxísticas dolorosas, de localización abdominal, que coincide con trazados electroencefalográficos disrítmicos, evolución clínica y resultados terapéuticos, semejantes a los que se observan en la epilepsia.

Algunos autores han demostrado la existencia en la zona prerolándica e insular, de centros cuyo estímulo produce síntomas digestivos tales como náuseas, vómito, borborigmos, sensación de tenesmo rectal. Sin embargo, también se alteran la actividad eléctrica de determinadas áreas corticales al aplicar estímulos viscerales, aunque es más difícil esta posibilidad.

Pero existen también las llamadas epilepsias anictales[5] o sea sin ictus, que complican el diagnóstico, pues producen una diversidad de síntomas de muchos órganos, lo que obliga a los enfermos a consultar a muchos médicos y

recibir tratamiento sintomático que, lógicamente, no los mejora ya que deben ser tratados como epilépticos.

Una epilepsia anictal se manifiesta electroencefalográficamente por focos de irritación temporal más frecuentemente, intervienen so sólo centros corticales sino fundamentalmente los diencefálicos, estos últimos regulando funciones autonómicas y afectivas. A diferente altura del diencéfalo se ha comprobado la existencia de núcleos grises de influencia vegetativa y todas las funciones pueden ser afectadas por una estimulación hipotalámica.

Es evidente la influencia de los centros diencefálicos sobre los diferentes órganos digestivos Así, al estimular el hipotálamo posterior y lateral se logra inhibición de los movimientos intestinales y gástricos, en tanto que la estimulación de la región del túber aumenta dichos movimientos. Se constituye de esta manera el hipotálamo en un gran centro coordinador de la actividad neurovegetativa. Además, se han descubierto centros vegetativos en ciertas regiones de la corteza cerebral. Bikov sostiene la influencia y dominio totales de la corteza cerebral en la producción y regulación de los fenómenos neurovegetativos y también psíquicos y por ende la participación de la corteza cerebral en las funciones viscerales.

Los dos casos relatados presentaron un cuadro clínico más bien del tipo del colon irritable que el de la epilepsia abdominal, con náusea acompañada, a veces, de vómito, algias tales como hipocondralgia, ilealgia, mesogastralgia, borborigmos y sobre todo diarrea con tenesmo. Los síntomas semejan fácilmente cualquiera de las otras afecciones colónicas.

El hecho de coincidir con trastornos electroencefalográficos característicos y además, haber cedido el cuadro patológico sólo a drogas anticonvulsivantes nos hace pensar que se trataría de una forma de epilepsia abdominal, concretamente de epilepsia intestinal de localización colónica o para simplificar: colon neurógeno.

Hay que llamar la atención de que a pesar del inmenso valor que tiene la electroencefalografía en el diagnóstico de una epilepsia intestinal, sucede lo que con otros exámenes, o sea que una respuesta negativa no autoriza a descartar completamente el diagnóstico, pues fuera de períodos de agudización las manifestaciones electroencefalográficas son menos ostensibles, por lo cual se deben usar los métodos de activación más eficaces con el fin de obtener una respuesta más segura acerca de la actividad cerebral. Por esta razón el E.E.G. debe ser repetido tantas veces cuantas crea necesarias el clínico, el psiquiatra, el neurólogo, o el mismo electroencefalografista. Por otra parte, el uso de microelectrodos intraencefálicos han demostrado que el examen superficial con electrodos gruesos no ofrecen seguridad en la imagen de las descargas de las células encefálicas. Con los microelectrodos intraencefálicos se han evidenciado descargas epileptiformes originadas en estructuras profundas subcorticales que en muchas ocasiones no se reflejan en las derivaciones electroencefalográficas corrientes.

El electroencefalograma, en los dos

casos relatados presentó trazos más frecuentes de disritmia de tipo theta de 4 a 7 ciclos por segundo, bilaterales, sincronizados y generalizados que se proyectaron a una o ambas regiones temporales.

RESUMEN

Se presentan dos casos de pacientes con síntomas de colon irritable que fueron tratados, sin resultados favorables, bajo diferentes diagnósticos. El hallazgo de disritmia en el registro electroencefalográfico permitió diagnosticar epilepsia intestinal. El tratamiento con difenilhidantoína y fenobarbital produjo rápida mejoría.

SUMMARY

Two cases of patients with irritable colon are described. Both were insuccessful treated under different diagnosis. The finding of dysritmia in the EEG permitted to diagnose as intestinal epilepsy. The treatment with diphenylhidantoin and phenobarbital produce a rapid improvement of the patients.

BIBLIOGRAFIA

1) BOCKUS, H.: Gastroenterology, 2ª edición, Whasington, Saunders, 1964.

2) HEFFERNON, E.: Colon irritable, un imitador común. Clínicas Médicas de Norte América, Marzo, 1963.

3) LUCCHINI, y colab.: Colon irritable. Rev. Med. de Valparaíso, **13**: 48, 1960.

4) ABRIL, U.: Epilepsia abdominal, Medicamentos **20**: 375, 1962.

5) SALVADOR, C.: Epilepsias anidales. Tesis doctoral, Quito, 1963.

HEPATITIS POR ANESTESICOS GENERALES

Numerosas drogas pueden causar alteraciones hepáticas de diversa naturaleza y gravedad. Entre las que ofrecen mayor peligro están a más de arsenicales, amoniacales, metales pesados, drogas modernas como los inhibidores de la monoamino-oxidasa, esteroides anabolizantes y tranquilizantes fenotiazínicos

También los anestésicos generales pueden causar alteraciones hepáticas que van desde un simple estado inflamatorio hasta la necrosis.

Se ha efectuado una muy amplia investigación en 34 hospitales norteamericanos, con un total de 856.515 anestesias generales. Los resultados indican que sobre 254.896 anestesias con Fluotane, hubo 1 por 10.000 casos de necrosis hepática; sobre 218.221 anestesias con óxido nitroso y barbitúricos, hubo 0.69 por 10.000; sobre 147.358 anestesias con ciplopropano hubo 1,7 por 10.000; sobre 102.014 con éter, 0,49 y sobre 134.026 anestesias efectuadas con los demás anestésicos hubo 0,82 por 10.000.

(J. Amer. Med. Ass. **107**: 775, 1966).