

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.

"ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE 35 CASOS DE
SINDROMES CONVULSIVANTES EN EL HOSPITAL
NEURO-PSIQUIATRICO DE GUATEMALA."

TESIS

Presentada a la Junta Directiva de la Facul-
tad de Ciencias Médicas de la Universidad de
San Carlos de Guatemala

por

CARLOS ENRIQUE RIMOLA JAUREGUI

en el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Noviembre de 1,965.-

"ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE 35 CASOS
DE SINDROMES CONVULSIVANTES EN EL HOS-
PITAL NEURO-PSIQUIATRICO DE GUATEMALA"

PLAN DE TESIS

- I.- Conceptos generales del problema de las convulsiones
- II.- Método de activación utilizando el "Cardiazol"
- III.- Convulsiones febriles.
- IV.- Orientación terapéutica.
- V.- Resumen clínico de casos estudiados.
- VI.- Cuadros estadísticos.
- VII.- Discusión.
- VIII.- Conclusiones.
- IX.- Sumario.
- X.- Recomendaciones
- XI.- Bibliografía.

Conceptos generales del problema de las convulsiones

EPILEPSIA: (Mal comicial, Mal caduco, Enfermedad Lunática).

Definición: Trastorno paroxístico crónico de la función cerebral caracterizado por accesos recurrentes que comprenden alteraciones del estado consciente de iniciación súbita y de breve duración.

Casi todos los Autores concuerdan en la descripción de la enfermedad que nos ocupa, conocida mundialmente por ser tan antigua como el hombre mismo; considero innecesario entrar en detalles, puesto que ésta, ha sido ya ampliamente estudiada y discutida, únicamente daré a conocer un resumen de cada uno de los 35 casos de Síndromes convulsivantes estudiados personalmente, así como el criterio y la rutina que se sigue en el Hospital Roosevelt, en los casos de convulsiones febriles en la niñez, por ser tema de suma frecuencia y de gran importancia en Guatemala.

Además se incluyen algunas otras consideraciones sobre: "El factor Herencia en Desordenes Convulsivos", "Deterioro Mental" en los pacientes con Desordenes Convulsivos, "El tipo de personalidad del paciente con Desordenes Convulsivos", "La Técnica que se sigue en el Hospital Neuro-Psiquiátrico para efectuar la prueba del Cardiazol", así como algunos de los medicamentos mas efectivos en las diferentes formas clínicas de los "Desordenes Convulsivos".

Técnica para la prueba del "Cardiazol"

El paciente es colocado sobre una camilla en decúbito dorsal con los miembros a los lados del cuerpo.

Se le hace presionar entre las arcadas, dentarias, un trozo de algodón envuelto en gasa, éste sirve como protector para evitarle mordedura de la lengua o incluso quebradura de las mismas piezas dentarias.

Hecho lo anterior, se introducen 3cc de Cardiazol rápidamente por vía endovenosa y se espera unos pocos segundos para ver la reacción del paciente; si es positiva la prueba, principiará a manifestar signos de desesperación y tos seca. En algunas oportunidades es necesario estimular al paciente produciéndole ruido con la palma de las manos o bien con estímulos luminosos, desencadenando al cabo de segundos más tarde, las francas crisis convulsivas, se vigila para que no se golpee. Pasada la crisis, se deja que descanse por unos minutos mientras pasa el estado de estupor, en algunos casos hay relajación de esfínteres que se manifiesta por micción o la defecación; en otros posiblemente por la preparación previa no lo presentan.

La prueba se interpreta como negativa, cuando no se producen convulsiones, sino únicamente, fenómenos vaso-motores y sensación de angustia que pasados unos pocos segundos desaparecen y el paciente se levanta como que nada hubiera sucedido.

CONVULSIONES FEBRILES EN LA NIÑEZ

El problema de las convulsiones febriles en la infancia, ha tenido y tiene mucha importancia por su alta frecuencia. Su misma definición, etiología y tratamiento ha sido objeto de grandes controversias (1): muchos creen que se trata de convulsiones benignas sin mayor significación pronóstica. (2): y otros le dan tanta importancia como si se tratara de convulsiones no febriles.

El propósito de este trabajo no es dilucidar este problema sino el de hacer saber la corta experiencia en este campo y criterio y conducta en la clínica de convulsiones del Hospital Roosevelt en lo que se refiere al tratamiento de las convulsiones febriles.

Las convulsiones febriles han sido definidas y clasificadas en diferentes sub-grupos. Lo cual sin duda tiene algún valor diagnóstico pero carece de valor práctico en lo que se refiere a conducta terapéutica y ha contribuido a confundir más el problema. De acuerdo con otros autores, una convulsión febril la definen en el Hospital Roosevelt como un ataque convulsivo precedido por un grado significativo de fiebre, exceptuando los casos causados por meningitis o infecciones encefálicas.

Ha sido considerado que la incidencia de las convulsiones en la niñez-abajo de 5 años de edad, es de 1 en 50 y que niños abajo de 7 años de edad con episodios febriles, 1 en 9 tendrá una convulsión. Dependiendo de su umbral convulsivo, unos niños tienen un ataque con fiebre de 38.2° c. y otros lo tendrá hasta llegar a 40° c. o 41° c. Según estudios de Millichap, la edad más frecuente es entre los 6 meses y 3 años, habiendo algunos casos reportados hasta de 8 años de edad. La historia familiar tiene gran significación, dado que este autor reporta un total de 107 pacientes con historia de convulsiones febriles, la historia familiar fué

positiva en el 30%. 17% de pacientes con convulsiones febriles tuvieron ataques no febriles. El intervalo entre el ataque febril y el desarrollo de convulsiones no febriles es variable y puede ser de uno y hasta de 35 años.

Las complicaciones en las convulsiones febriles son raras, pero dado que tanto la hiperpirexia como las convulsiones persé pueden ocasionar necrosis de las neuronas, estas darán complicaciones que se ha tenido la oportunidad de ver, están: parálisis post-ictal transitoria (registro 73104 H.R., casos de hemiparesia permanente (registros 67569, 59053 H.R.) y trastornos de la conducta reflejados en hiperactividad, destructibilidad y desarrollo de convulsiones no febriles caso (47004 H.R.)

Basado en estudios anteriores parece haber cierta predisposición genética para el desarrollo de convulsiones en general, - incluyendo convulsiones febriles, pero los factores que también contribuyen para bajar el umbral convulsivo son: 1.- la altura de la fiebre; 2.- la edad del paciente y 3.- la inmadurez de balance electrolítico cerebral. La rutina usada en la clínica de convulsiones del H.R. es la siguiente: durante el proceso agudo febril y convulsivo, se trata sintomáticamente la fiebre con los procedimientos antipiréticos ordinarios y se trata de determinar la etiología infecciosa tratándola de acuerdo con los hallazgos. Punción lumbar se hace en todos los pacientes con convulsiones febriles para descartar la posibilidad de una meningitis o proceso meníngeo se comienza el tratamiento con drogas anti-convulsivantes, usando en especial FENOBARBITAL y en algunos casos hidantoinato de sodio dado en la cantidad máxima que el paciente puede tolerar.

Hay autores que creen que la administración de Fenobarbital debe ser dada en forma intermitente únicamente cuando hayan señales de infección, pero ha sido de nuestra experiencia que los pacientes no consultan al primer signo de infección sino hasta que las complicaciones se han presentado.

Los Señores Médicos del H.R. sugieren que el tratamiento se dé en forma continuada por un período de 3 o 4 años contando a partir de la fecha de la última convulsión.

En esta forma previniendo la aparición de ataques subsecuentes ya sean febriles o no febriles y también previniendo la aparición. En caso de tener un episodio febril durante el tratamiento, éste deberá ser tratado sintomática y etiológicamente, pero las dosis de anticonvulsivantes no deberán ser aumentadas, salvo que tuviese otra convulsión.

El criterio para terminar el tratamiento es el siguiente:

- 1.- que el paciente no haya tenido ningún episodio convulsivo por un período de 3 o 4 años contando a partir de la última convulsión
- 2.- que haya tomado su medicina en forma regular y, 3.- que el electroencefalograma sea normal.

Conclusiones:

Se debe hacer notar que los términos de convulsiones simples, convulsiones benignas febriles u otra denominación que implique "benignidad" en las convulsiones febriles debe evitarse.

Estadísticamente las convulsiones febriles tienen baja incidencia de complicaciones, pero dado que existe un porcentaje de pacientes que las presenta, las convulsiones febriles deben considerarse de tanta significación clínica como las convulsiones no

riles. Hay evidencia de que sí se hereda cierta predisposición para tener convulsiones. Se sugiere el uso de drogas anti-convulsivantes en forma continuada por un período de 3 o 4 años, para evitar la aparición de convulsiones subsecuentemente y complicaciones, éste tratamiento cuesta pocos centavos al año, es mejor seguro que se le puede dar a un niño con ésta condición.

Según algunos autores el factor herencia es el más importante como puede comprobarse con los datos estadísticos siguientes:

- A): Una persona en cada 200 tendrá Desordenes Convulsivos.
- B): Cuando un padre tiene Desordenes Convulsivos, la incidencia es de 1:35-40.
- C): Cuando los dos padres tienen historia de Desordenes Convulsivos, es de 1:10.
- D): Cuando uno de los padres padece Desordenes Convulsivos, pero se encuentra asintomático: 1:80-100.

El deterioro mental se encuentra muy frecuentemente asociado a los síndromes convulsivos, de ello se tiene una idea en el cuadro que sigue:

- A): Desordenes Convulsivos y Retraso Mental se presentan juntos en los casos de daño cerebral orgánico.
- B): Hay deterioro debido a la repetición de los Desordenes Convulsivos.
- D): Hay un pseudo-deterioro debido a las drogas anticonvulsivas.

En el cuadro siguiente, se agrupan alteraciones de la personalidad, observados muy frecuentemente en este tipo de pacientes:

- A): Egocentricidad
- B): Irritabilidad paroxística
- C): Conducta paranoica
- D): Inquietos
- E): Nerviosos
- F): Poco cooperadores en su comunidad.

Dentro de los múltiples medicamentos anticonvulsivantes utilizados en la actualidad, se hace el resumen siguiente:

Bromuros: de Na. K, y amonio. Dosis: 0.60 gr. diarios como dosis inicial p.o. tid. En Niños mayores de 6 años o adultos: 1 gr. p.o. por día, pudiéndose aumentar a 3 gr. diarios en casos necesarios. Efectivos para la forma de Gran Mal.

(Luminal, Fenobarbital, Gardenal), ácido fenil-etilbarbitúrico

Es de las drogas de acción mas definida para el tratamiento de los accesos de Gran Mal, actúa sobre la Epilepsia Psico-motora. Puede acentuar el Pequeño Mal si este se encuentra asociado. Dosis: niños de 3 a 6 años: 32mgr. p.o. bid., máximo: 100 mgr. p.o. tid. Excepcionalmente en estados de Mal, dosis máxima: 0.800 gr. diarios.

(Epamin, Dilantín, Fenitoín), 5.5 Difenilhidantoína sódica.

Se da por vía oral después de las comidas o con bebidas alcalinas. Dosis: niños: 3 a 6 años, 32 mgr. tid., máximo de 300 mgr. Niños mayores de 6 años: 100 mgr. tid., máximo 600 mgr. Efectivo para el Gran Mal. Se encuentra también en la forma inyectable para uso I.M. o I.V. que se usa además para prevenir las convulsiones post-operatorias.

(Mesantofina), 3 Metil, 5.5 Feniletihidantofina. Es efectiva para el Mal Mayor. Dosis: niños de 6 años y adultos: 0.30 gr. p.o. hasta 1 gr. diariamente. Niños menores de 6 años: 150 mgrs. p.o. tid. máximo: 0.60 gr.-

(Tridiona, Trimetadiona), 3.5.5 trimetiloxazolidina, 2-4 diona. Eficaz para el Pequeño Mal y en menor grado para los accesos psico-Motores. Dosis: igual que el Luminal.

(Paradione, Parametadione), 3.5- dimetil-5-etilzoxaxolidina 4-diona. Efectivo para el Pequeño Mal. Dosis: niños menores de 6 años: 150 mgr. p.o. bid. máximo: 300 mgr. p.o. tid. Mayores de 6 años y Adultos: 300 mgr. p.o. tid. Máximo: 1.80 gr. diarios.

(Fenurone, Fenacemida), Fenacetilcarbamida. Especial para crisis Psico-motoras. Dosis: niños menores de 6 años: 250 mgrs. p.o. tid. máximo: 3 gr. diarios. Mayores de 6 años y adultos: 600 mgrs. p.o. tid. Máximo: 6 gr. diarios.

Mesantofina: Compr. de 0.1 gr. de (3 metil-5,5 feniletihidantofina). Indicaciones: epilepsia esencial y sintomática, ataques de Gran Mal, equivalentes psico-motores y epilepsia Jacksoniana. Administración y posología: De 2 a 6 comprimidos diarios. En tratamientos duraderos, es necesario un control periódico de la hemoglobina y la fórmula sanguínea.

Mysolina: Primidona B.P. (5-etil-5-fenil-hexahidropirimidina-2,6-diona). Indicación e indicaciones: anticonvulsivante para el tratamiento de la epilepsia. Especialmente valioso para controlar los ataques de Gran Mal, psico-motores y focales. Util también en los ataques mioclónicos y mioclónicos.

Administración y posología: Por vía oral. Dosis inicial 0.125
aumentar cada 3 días 0.25 gr. (0.125 gr. para niños por debajo
de 9 años), hasta que se controle el ataque o hasta que llegue
a la dosis máxima tolerable, que en el adulto puede ser hasta de 2
por día.

Contraindicaciones: ninguna.

Presentación: tabletas de 0.25 gr.- Suspensión oral (contenido
0.25 gr. de Mysoline en c/ cucharadita (3.5 cc.)).

Observaciones: Mysoline tiene una toxicidad muy baja: somnolen-
cia, apatía y otros síntomas menores de neurotoxicidad pueden pre-
sentarse ocasionalmente durante los estados iniciales del trata-
miento, pero desaparecen por completo en algunos días. Somnolen-
cia y ataxia durante un tratamiento establecido son signos de in-
toxicación.

Anemia megaloblástica puede presentarse en casos raros pero esta
eventualidad puede controlarse fácilmente con la administración
simultánea de ácido fólico o vit. B 12.

Comital: Defenilhidantoína 0.05 gr., N-metil-etilfenil-ma-
lonilurea 0.10 gr.

Comital L.: Difetilhidantoína 0.05 gr., N-metil-etilfenil-
malonilurea 0.05., Fenobarbital 0.05 gr.

Luminal: (Feniletilmalonilurea).

Indicaciones: Antiepiléptico e hipnótico energético.

Presentación: Luminaletas de 0.015 gr., tabletas de 0.1 gr. y de
0.3 gr., ampollas de 0.1 cc.-

Ospolot: (N-4-sulfanilfenil)-butansultano- (1-4).

Indicaciones: 1) Epilepsia del lóbulo temporal

2): Ataques de tipo Jackson

3): Crisis de Gran Mal

4): Combinado, en toda forma de Epilepsia.

Dosis: 1/2 tab. 2 veces al día.

1 " de 0.2 gr. 3 veces al día.

Administración y posología: como norma general se indica una dosis diaria media de 0.2 a 0.6 gr. De acuerdo con la dosificación mas baja o mas elevada, se administra la dosis diaria en 2 fracciones (1/2 tab. 2 veces al día) o en 3 fracciones (1 tab. 3 veces al día). En la práctica se ha demostrado ventajoso el aumento gradual de la posología del Ospolot, hasta la obtención del efecto óptimo, para el cual hasta en muchos casos 1/2 tab. 3 veces al día, o bien 1 tab. 2 veces al día, correspondiente por lo tanto, a dosis diarias de 0.3 a 0.4 gr.; en ciertos casos podrán ser necesarias dosis de 1 tab. de 0.2 gr. 3 veces al día. Teniendo en cuenta la buena tolerancia del Ospolot, no hay inconveniente alguno en aumentar aún mas la dosis. Hubo casos en que se administraron 0.2 gr. 5 o 6 veces al día, sin que surgiesen reacciones secundarias.

En los enfermos ya sometidos a determinada medicación anti-epiléptica, la transición a la terapeutica exclusiva o combinada con Ospolot, solo se efectuará gradualmente bajo vigilancia del comportamiento clínico, pudiendo corresponder a la progresión de la terapeutica con ospolot, la reducción proporcional de las dosis de hidantoína y/o barbitúricos.

Urea: sol. al 30%. 1 gr. x kilogramo de peso I.V. en niños.
En adultos: hasta 80 gr. I.V. rápidamente, para que pase en 15 a
20 minutos.

Para crisis psico-motoras. Dosis: niños menores de 6 años:
250 mgrs. p.o. tid. máximo: 3 gr. diarios. Mayores de 6 años y
adultos: 500 mgrs. tid. máximo: 6 gr. diarios.

Tridione: 3.5,5- trimetiloxazolidina -2,4- diona) es un agen-
te anti-epiléptico sintético, que clínicamente ha demostrado efec-
to inhibitor sobre los accesos de pequeño mal 0.3 grs. de trime-
tadiona.

Acción e indicaciones: Tratamiento del pequeño mal y epilepsia
mioclónica o acinética. En casos de pequeño mal asociado con gran
mal, el Tridione puede administrarse combinando con el tratamiento
con fenobarbital o difenilhidantoina. También se usa en caso de
ataques psicomotores, en combinación con otros agentes anti-epi-
lépticos.

El Tridione es muy eficaz en la epilepsia idiopática y también pue-
de usarse en caso de epilepsia debida a lesión orgánica del cere-
bro, si el cuadro sintomático va asociado a pequeño mal y epilep-
sia mioclónica y asimétrica.

Administración y posología: la dosis depende de la respuesta del
enfermo. En niños mayores y en adultos la dosis inicial es de -
0.9 grm. al día, en tomas fraccionadas. La dosis debe aumentarse
o disminuirse según la respuesta del enfermo, o la incidencia de
efectos secundarios. Algunos pacientes toleran dosis de 1.2 gm.

al día. Por regla general el pleno efecto terapéutico se observa al cabo de uno o dos días. Al principio del tratamiento, en algunos casos aumenta temporalmente la frecuencia de los ataques. En los menores de 2 años, la dosis inicial es de 0.3 gm al día, y de 2. a 6 años, 0.6 gm. En los niños que tengan dificultad de deglutir cápsulas, puede extraerse el polvo de las cápsulas y administrarse la dosis con agua, leche u otros alimentos.

Contraindicaciones: Debido a que pueden producirse diserasias sanguíneas, se deberán realizar con frecuencia exámenes de sangre. El enfermo debe avisar al médico, en cuanto note erupción, trastornos visuales, dolor u otras molestias.

Presentación: cápsulas de 300 mg.

Zarontin: Cada cápsula de Zarontin contiene 250 mg. de etosuximida;

Acción e indicaciones: Es una nueva succinimida que tiene propiedades antiendlépticas y es especialmente eficaz en el pequeño mal. El Zarontin ha demostrado ser la droga mas prometidora que se ha estudiado hasta el presente para dominio del pequeño mal epiléptico.

Puede ser asociado con el Epamín o con el fenobarbital cuando coexisten componentes de gran mal. Su eficacia se ha comprobado en aquellos casos en los cuales otros agentes anticonvulsivos para el pequeño mal habían fracasado.

Se deben tener en cuenta los siguientes estados que se han comunicado asociados con el uso del Zarontin: Anemia aplástica agru

nalocitosis, dermatitis y leucopenia. Deben efectuarse exámenes de sangre periódicamente. Debe ser usado con gran precaución renal o hepática. Se recomienda efectuar análisis de orina y pruebas hepáticas a intervalos frecuentes.

Administración y posología: Se administra por vía oral y la dosis recomendada para niños menores de 6 años es de 1 cápsula al día (250 mg). Para niños mayores de 6 años y para adultos se debe determinar la dosis mínima que controle los ataques sin producir efectos colaterales. Dosis inicial 2 capsulas diarias. Si es necesario aumentarse la dosis diaria en una cpasula cada semana. No hay contraindicaciones.

Celontín: capsulas.

Cada cápsula contiene 0.30 g. de celontin (metsuximida) un compuesto heterocíclico sintetizado por primera vez.

Acción e indicaciones: Es un nuevo anticonvulsivo, útil en el tratamiento del pequeño mal epiléptico y la epilepsia psicomotora. En el tratamiento de pacientes con pequeño y gran mal, el celontin no aumenta ni la incidencia ni la severidad de los ataques de gran mal. En estos pacientes es conveniente administrar concurrentemente el Epamín (difeníl-hidantoinato sódico) o fin de obtener un dominio mas amplio de los ataques.

Administración y posología: La dosis optima del Celontin debe ser determinada mediante ensayos clínicos. La terapéutica puede iniciarse con una cápsula de 0.30 gr. diariamente durante la primera semana. Si es necesario, la dosificación puede aumentarse gradualmente en una cápsula diaria por semana hasta administrar

despues de tres semanas, una dosis diaria de 4 cápsulas (1.20 g).

Diamox: Acetazolamida, tab. 250 mg.

parentérico, 500 mg.

Composición: 2 acetilamino - 1,3,4 tiadiazol - 5 sulfonamida.

Acción e indicaciones: Diurético y regulador del equilibrio ácido - básico de poca toxicidad. Es un inhibidor de las enzimas y surte efecto específico sobre la anhidrasa carbónica. No es droga mercurial. Su efecto diurético se debe a que reduce la rapidez con que se efectúa la hidratación reversible del anhídrido carbónico y a la reacción deshidratadora del ácido carbónico que tiene lugar en los riñones. El resultado es la evacuación renal del ion HCO_3 que acarrea consigo sodio, agua y potasio, lo que da lugar a que ocurra la diuresis y la alcalinización de la orina.

Indicaciones: Insuficiencia cardíaca congestiva, epilepsia, glaucoma, toxemia y edema del embarazo, tensión premenstrual, edema medicamentoso, obesidad.

Administración y posología: Para la diuresis, se cree que la dosis máxima es de 1 a 1-1/2 tabletas (250 mg. a 375 mg) de acuerdo con el peso del paciente (5 mg. por kg), una vez al día, por la mañana.

Contraindicaciones: son raras las reacciones contraproducentes debidas a la sensibilidad a la droga, pero deberá suspenderse el medicamento si dichas reacciones tienen lugar.

Presentación: tab. y solución parentérica.

Las soluciones hipertónicas al 10 y 30%, son de suma utilidad en el tratamiento de los Desordenes convulsivos, así como el Sulfa-

o de Mg. al 10%, que viene en ampollas de 10 cc. para uso I.V.
El A.C.T.H. también se utiliza en los casos en que los Desorde-
nes Convulsivos no responden favorablemente a los otros tratamien-
tos, sin saber hasta la fecha cómo actúa.

Para complementar el tratamiento médico en todos los casos de
Desordenes Convulsivos, se debe tratar de construir una actividad
mental sana frente a esta enfermedad.

El Médico verá si pronuncia o nó la palabra Epilepsia; por
nuestra parte pensamos que ello obliga a una mayor responsabili-
dad e impone mayor conciencia; naturalmente que debe ser expli-
cada claramente en todos sus alcances e implicaciones o sea: 1)
que Epilepsia solo significa descarga del sistema nervioso; 2)
que no involucra concepto alguno de degeneración o decadencia;
3) que es una enfermedad controlable siempre que se siga una ob-
servación estricta del paciente y de una colaboración total a las
directivas del tratamiento.

En el planteo psicopedagógico gran parte del tratamiento co-
responde a la familia. Es necesario que el paciente cualquiera
sea su edad, nó esté rodeado de un ambiente de angustia y ansie-
dad; lo primero que hay que abolir en el medio es la sensación
de horror a las crisis.

Un ambiente de serena cooperación y de franca comprensión es
de toda necesidad para toda persona con trastornos convulsivos.

Con respecto al paciente, dos problemas se presentan; 1) do-
minar las crisis; 2) fortalecer su carácter frente a su propia
inferioridad y como ser humano común.

El paciente con esta enfermedad entra en las dos categorías de Adler: el minorvalorado y el sobreprotegido, no es pues nada raro que poco a poco se transforme en un neurótico y busque en la enfermedad la fuga de su situación.

La persona con trastornos convulsivos debe realizar una vida físicamente normal; la actividad se muestra clínicamente como antagonista de las crisis; es necesario conseguir que las descargas si no son del todo controladas no impidan una actividad física real.

MATERIAL Y METODOS

El presente trabajo comprende el análisis de 10 casos en Consulta Externa y 25 casos hospitalizados. Se trató de hacer un diagnóstico aproximado con los pocos medios que se tuvieron al alcance, era mi deseo realizar todos los exámenes necesarios, pero no se logró por dificultades de orden técnico y económico.

CASOS CLINICOS:

Caso No. 1.-

P.C.G. paciente de sexo masculino de 15 años de edad, soltero, albañol, guatemalteco, con historia perinatal normal. Estuvo bien hasta la edad de 14 años, cuando después de una noche de desvelo y de ingerir licor, en la madrugada del día siguiente, sufrió el primer ataque convulsivo, tónico-clónico con mordedura de lengua, caída al suelo y pérdida del conocimiento. En la historia familiar se encontró que una prima padece de los mismos ataques después de haber sufrido un susto y un tío que falleció durante una crisis convulsiva. El examen neurológico no presentó ninguna anomalía, lo mismo que los estudios radiográficos simples del cráneo, y L.C.R. el examen de heces fué reportado con ascaris lumbricoides 2 cruces que se trató. El estudio E.E.G. mostró anomalía en el trazado, por la abundancia de ritmos lentos de amplitud inestable y por las descargas paroxísticas de "espigas" muy amplias seguidas o nó de ondas Delta lentas de 3 ciclos por segundo hiper-sincrónicas. Dx. Gran Mal. La prueba del Cardiazol con 3 cc. positiva. Ha estado controlado con Antisacer compuesto 0.1 gr. p.o. bid.

los mismos ataques, el exámen neurológico presentó moderado retraso mental, los estudios radiográficos simples del cráneo, química sanguínea y L.C.R. fueron normales, el exámen de sangre reportó, 3.740.000 y 12.5 gr. de Hb. anemia moderada que fué tratada. El E.E.G. mostró trazado anormal por la abundancia de ritmos lentos de baja amplitud por el estado emotivo del paciente con alteraciones inespecíficas pero de observación frecuente en síndromes convulsivantes, la prueba del Cardiazol con 3 cc. positiva. Está controlado con fenobarbital 0.1 gr. p.o. bid.

Caso No. 4 -

M.E.P.M. paciente del sexo femenino, de 24 años de edad, guatemalteca, modista. A la historia clínica, refiere que a la edad de 9 años sufrió trauma en región occipital con pérdida del conocimiento y del habla por pocos minutos, a la edad de 10 años tuvo una crisis de cólera a la que le siguió un ataque convulsivo tónico-clónico, caída al suelo y pérdida del conocimiento que se repite cada 3 meses. Previo al ataque acusa cefalea occipital, mareo y visión borrosa, en algunas ocasiones actúa inconcientemente. A la historia familiar el padre después de un disgusto perdió el habla temporalmente y una tía que al disgustarse pierde el conocimiento sin convulsiones quedando incoherente por pocos minutos. El exámen de heces reportó trichiuris trichura una cruz, el de sangre reportó anemia moderada que fué tratada. El exámen neurológico normal, el estudio radiográfico del cráneo fué reportado con sospecha de tumefacción intra-craneal, no se le efectuó E.E.G. ni arterio y neumoencefalograma porque la paciente ya no volvió

a

al Hospital. La prueba del Cardiazol 2 veces fué negativa, únicamente se le dieron analgésicos para la cefalea.

Caso No. 5.-

J.R.V., paciente de 17 años de edad, sexo femenino, guatemalteca, soltera con un hijo aparentemente sano, historia perinatal normal, a los 13 años sufrió un susto por la noche que le produjo temblor de cuerpo, al año siguiente se presentó la primera crisis convulsiva tonico-clónica, pérdida del conocimiento y expulsión de espuma por boca, caída al suelo y mordedura de lengua. En la historia familiar no se encontró nada importante, el exámen neurológico no mostró ninguna anormalidad, lo mismo los estudios radiográficos del cráneo, química sanguínea y L.C.R. El exámen de heces fué reportado con ameba histolítica una cruz, el de sangre con anemia moderada, fué tratada. El E.E.G. demostró trazado inestable anormal por presencia de ritmos lentos y agudos que traducen irritación cortical difusa discreta. La prueba del Cardiazol con 3 cc. positiva. Se le tiene controlada con fenobarbital 0.1 gr. p.o. bid.

Caso No. 6

R.V. paciente de sexo masculino de 26 años de edad, originario y residente en Huehuetenango, soltero, historia perinatal: la madre fué atendida por empírica. A la edad de 2 años principió con convulsiones tónico-clónicas con pérdida del conocimiento, mordedura de lengua, expulsión de espuma por boca, al principio le daban solo por la noche para luego repetirse cada mes a diferentes horas, en algunas oportunidades le han dado hasta 15 ataques al día. A la historia familiar, una prima que padece de los mismos

ataques. El exámen de heces reportó áscaris lumbricoides una -
cruz y anemia moderada de 11 gr. de Hb. fué tratado. El ex.Neu-
rológico normal, lo mismo que los estudios radiográficos del crá-
neo, y L.C.R. no se le hizo E.E.G. la prueba del Cardiazol: con
3cc. positiva retardada. Ha respondido favorablemente al feno-
barbital y al antisacer a la dosis de 0.1 gr. p.o. bid.

Caso No. 7.-

M.N.C. paciente de sexo femenino de 14 años de edad, guatemalteca
historia perinatal normal. A la edad de 10 años se presentó la
primera crisis convulsiva tónico-clónica, fué recetada en esa opor-
tunidad ignorando el medicamento, se le dijo que eran las amigda-
las, se le practicó amigdalectomía, pero las crisis convulsivas
volvieron a los 3 días de operada; desde esa fecha hasta los 3 a-
ños siguientes, volvieron a aparecer; a la historia familiar no
se encontró antecedentes convulsivos, el exámen neurológico no pre-
sentó anormalidad lo mismo que el del L.C.R., química sanguínea,
el E.E.G. mostró trazado bien organizado simétrico, anormal por
la abundancia de ritmos lentos, por las descargas paroxísticas -
discretas de ritmos agudos, por su inestabilidad y por las "espi-
gas" en regiones parietal posterior y occipital, traducen irrita-
ción cortical difusa, mas evidente en regiones posteriores, la -
prueba del Cardiazol con 3cc. salió positiva. dx. Gran Mal Epi-
léptico, se le trata con Fenobarbital 0.1 gr. p.o. bid, respon-
diendo favorablemente.

Caso No. 8.-

Z .E.F. de S. paciente de 13 años de edad, guatemalteca residente

en el Quiché, casada, oficios domésticos. Historia perinatal: madre atendida por empírica en el Quiché. Historia: a la edad de 14 años principió a padecer de crisis convulsivas tónico-clónicas con pérdida del conocimiento, previo a la crisis acusa adormecimiento de boca y lengua con temblor generalizado en todo el cuerpo. En la historia familiar se encontró a tres familiares, tios y abuelo que padecen de los mismos ataques convulsivos. El examen neurológico no presentó ninguna anormalidad, lo mismo que los estudios radiográficos del cráneo, y L.C.R., el E.E.G. presentó trazado anormal por lentitud de sus ritmos de base y por la presencia de descargas paroxísticas de ondas agudas difusas compatible con el Dx. clínico de Gran Mal. El examen de heces reportó - huevos de trichuris trichura que fué tratado. La prueba del Cardiazol con 3 cc. fué positiva. Está controlada con Antisacer compuesto 0.1 gr. p.o.bid.

Caso No. 9.-

M.A.S.A.- paciente masculino, de 25 años de edad, chofer, de San Luis Jilotepeque, residente en Jalapa, Historia: desde la edad de 3 años le daban ataques cada vez que tenía temperatura alta, los que desaparecieron después, a los 20 años presentó otra convulsión sin motivo aparente, fué tratado inicialmente en Jalapa y no le volvieron las crisis hasta la fecha, únicamente se torna agresivo y desorientado por cualquier motivo insignificante, ha tenido varios ingresos al H.N. ha sufrido 2 traumatismos en el cráneo con pérdida del conocimiento. En la historia familiar, se encontró a un tío paterno alcohólico, un primo materno internado

en el H. Neuropsiquiátrico por convulsiones y el padre del paciente que a la edad de 7 años sufrió una crisis convulsiva, sufriendo la segunda a los 43 años de la primera. El exámen neurológico no presentó anormalidad, lo mismo que los estudios radiográficos del cráneo, química sanguínea y L.C.R. el exámen de sangre reportó moderada anemia con 3.530.000 de Gl.R. una leucopenia de - - 4,400 el exámen de heces fué portado con áscaris lumbricoides dos cruces, fué tratado favorablemente. El E.E.G. fué portado normal, sin embargo la prueba del Cardiazol con 3 cc. fué positiva.

Caso No. 10.-

S.R.M. paciente de 24 años de edad, casado, originario y residente en Puerto Barrios, oficio marinero. Historia: 3 crisis convulsivas con pérdida del conocimiento, contracciones tónico-clónicas, las primeras 2 crisis se presentaron el mismo día hace 3 años, la tercera hace un mes con las mismas características, acusa cefalea moderada ocasionalmente, no hay aura. Historia perinatal: madre atendida por empírica. El exámen neurológico no reportó anormalidad, así como el que química sanguínea, L.C.R. y E.E.G. y cráneo el de heces reportó trichuris trichura una cruz, es bebedor ocasional de grandes cantidades. Antecedentes familiares negativos. - Fué tratado inicialmente en Puerto Barrios con Mysoline 1/2 gragea p.o. bid. posteriormente se le cambió gradualmente el tratamiento a fenobarbital 0.1 gr. p.o. c/24 horas. Se encuentra controlado.

Caso No. 11

N.B.T. paciente de 23 años de edad, masculino, originario de Cui-lapa, Sta. Rosa. residente en San Juan de Arada del mismo Depto.

Motivo de consulta: ataques convulsivos con expulsión de espuma - por boca.

Historia: paciente que refiere padecer de crisis convulsivas, no dá tiempo de evolución; previo al ataque siente adormecimiento de una pierna y una mano, cefalea intensa, inapetencia. En la historia familiar, se encontró al abuelo materno y 2 tíos alcohólicos y el paciente que también bebe con suma frecuencia. El examen neurológico, no reportó ninguna anomalía así como el L.C.R. el examen de heces reportó huevos de *Trichuris trichura* dos cruces. La prueba de Cardiazol: negativa. No tenía E.E.G. ni estudio radiográfico.

Caso No. 12.-

C.H.M. de 17 años de edad, masculino, guatemalteco, paciente anémico, desnutrido, tiene 2 ingresos al Hospital Neuro-Psiquiátrico uno en 1962 y otra en 1965. Historia de crisis convulsivas con agresividad desde la edad de 11 años. La historia familiar nos dice que es hijo de padre alcohólico crónico, de hogar incompleto. Los exámenes de laboratorio nos reportan lo siguiente: heces: huevos de *trichuris trichura* 1 cruz; sangre: 3,620.000 gl.r. con 13 gr. de Hb. la Prueba del Cardiazol: positiva. Dx. de admisión: Síndrome Epiléptico. Tratamiento: Luminal 0.10 gr. p.o. bid.

Caso No. 13.-

R.L.L., masculino de 18 años de edad, de esta capital, tiene 3 ingresos al Hospital Neuro-Psiquiátrico por crisis convulsivas desde la edad de 16 años en número hasta de 11 al día. Historia familiar no tiene. Los exámenes de laboratorio, fueron negativos,

incluyendo el de L.C.R. el de heces fué reportado con uncinaria 1 cruz. La prueba del Cardiazol: positiva. Está siendo controlado con Fenobarbital 0.10 gr. p.o. bid.

Caso No. 14.

R.M.L. masculino de 23 años, residente en esta capital, originario de San Marcos.

Historia: cuando tenía 9 años lo botó un caballo sufriendo un golpe en la cabeza con pérdida del conocimiento por algunas horas, desde esa época principió con crisis convulsivas. por lo que fué hospitalizado en el antiguo Neuro-Psiquiátrico por un período de 4 años. Antecedentes familiares: ninguno. La prueba del Cardiazol positiva. El Dx. del Servicio fué: Síndrome cerebral crónico, asociado a trastornos convulsivos. Los exámenes de Laboratorio: fueron negativos incluyendo el del L.C.R., el de heces reporto únicamente ascaris 1 cruz, que fué tratada. Tratamiento administrado en el Hospital: sulfato de Mg. al 10% 10 cc. i.v. por 3 días ocasionalmente durante la agudización de las crisis y se ha mantenido controlado con fenobarbital 0.10 gr. p.o. bid.

Caso No. 15.

A.E.D. paciente masculino de 64 años de edad, originario de San José Pinula y residente en Tiquisate, agricultor.

Historia: cuando tenía 44 años fué atacado por un semoviente produciéndole un traumatismo en el craneo, por lo que se le intervino quirúrgicamente, habiendo quedado posteriormente con crisis convulsivas, presentando desorientación y agresividad desconociendo a sus familiares.

Antecedentes familiares: tiene una hija fuera de matrimonio que - también padece de las mismas crisis convulsivas. Los exámenes de Laboratorio fueron reportados negativos a excepción del examen de heces que presentaba áscaris 1 cruz y el de sangre que tenía 3.740.000 gl. r. con 13 gr. de Hb., se le dió tratamiento. El Cardiazol fué positivo. Está siendo controlado con Epamin 0.10 gr. p.o.bid. Los Dxs. fueron los siguientes: De admisión: Psicosis Epiléptica; del Servicio: a) Reacción psicótica infecciosa, b) Paludismo crónico, c) Parasitismo intestinal, d) Anemia, e) Senilidad.

Caso No. 16.-

I.M.ch., masculino de 22 años de edad, soltero, originario de Morán, Villa Canales, Jornalero.

Historia perinatal: nació asfixiado por circular de cordón al cuello. A la edad de 9 años, principió con convulsiones internándose en el H. Gral., por un año, egresó con tratamiento ambulatorio que al suspenderlo, se le desencadenaron de nuevo las crisis.

Antecedentes familiares: negativos, los exámenes de laboratorio fueron: de sangre que reportó anemia con 2.290.000 Gl.R. y 7 grm. de Hb. y una Leucopenia de 3,700; heces: áscaris lumbricoides 3 cruces, necator americanus 2 cruces, quistes de ameba histólitica 2 cruces. Se encuentra con tratamiento antianémico para luego - darle antiparasitario.

Anticonvulsivos: luminal 0.10 gr. p.o. bid. La prueba del Cardiazol: positiva. El Dx. de Admisión fué: Síndrome Epiléptico; - del Servicio: a) síndrome epiléptico, b) parasitismo intestinal; c) anemia.

Caso No. 17.-

R.C.D., paciente masculino de 21 años, reo de la Penitenciaría Central, motivo de consulta: crisis convulsivas ignorando el tiempo de evolución. Antecedentes familiares ignorados. De los exámenes de Laboratorio solo el de heces reportó áscaris 1 cruz (se dió - tratamiento), los demás incluyendo el L.C.R. fueron negativos. La prueba del Cardiazol: positiva, el E.E.G. presentó trazado mediocre por falta de colaboración del paciente, anormal por la abundancia de ritmos lentos inespecíficos; pero de observación frecuente en síndromes convulsivantes. Dx. de admisión: Síndrome epiléptico; Dx. del servicio: Síndrome cerebral crónico con trastornos convulsivos. Tratamiento instituido: sulfato de magnesia al 10% 1 amp. de 10 cc. c/24 hrs. por 3 días solo durante la agudización de las crisis. De mantenimiento: antisacer 0.1 gr. p.o. bid.

Caso No. 18.-

C.R.P.- paciente masculino, de 22 años de edad, originario de San José Pinula, reo. Historia de crisis convulsivas de 4 años de evolución, antecedentes familiares se ignoran. Dx. de admisión: - Síndrome epiléptico. Dx. del Servicio: Síndrome cerebral crónico con trastornos convulsivos. De los exámenes de Laboratorio el de heces reportó ascaris lumbricoides 2 cruces, el L.C.R. el Pandy: positivo, Nonne Apelt: positivo. No. de células 19 linfocitos por mm³, los demás fueron negativos, la prueba del Cardiazol: positiva. El tratamiento recibido por el paciente ha consistido en Sulfato de Mg. al 10% 10 cc. c/12 horas. por 4 días, durante la agudización de las crisis, pero se ha mantenido controlado con fe-

obarbital 0.10 gr. p.o.bid.

Caso No. 19.-

A.P., paciente masculino de 50 años de edad, soltero, originario y residente en Villa Canales, agricultor. Historia: a los 16 años principió con crisis convulsivas que se suceden con una frecuencia de cada 3 o 4 días mas que todo por la noche, es un paciente de una personalidad ansiosa, agitado con ideas de fuga, frecuentemente habla incoherencias. Antecedentes familiares: 2 hermanos del paciente fallecieron por trastornos mentales, se ignora de que origen. E. L.C.R. Recto. y Form. y orina fueron negativos, el de heces reportó necator americanus 1 cruz, ameba histolítica 3 cruces, Trichuris Trichura 2 cruces (se le administró tratamiento antiparasitario. La prueba del Cardiazol fué positiva. Dx. de Admisión: síndrome epiléptico, del Servicio: no tiene. Se ha mantenido controlado con Antisacer 0.1 gr. p.o. bid.

Caso No. 20.-

M.S.D. paciente masculino, de 14 años, soltero, originario y residente en Santa Rosa de Lima, Cullapa. Historia a la edad de 1 año principió con ataques convulsivos que le fueron tratados por un farmacéutico sin mejoría, a la edad de 3 años fué internado en el Hospital Neuro-Psiquiátrico, de donde salió con tratamiento ambulatorio, sintiendo poca mejoría, posteriormente suspendió su tratamiento, por lo que empeoró, presentando desorientación, agresividad, ideas de suicidio, se muerde a sí mismo, se desgarró la piel, se ha arrancado algunas piezas dentarias a golpes, se halaron la mandíbula inferior hacia abajo hasta sangrarse, al ver a la ma-

dre se encoleriza más y se lanza sobre ella tratando de ahorcarla, aparentemente y según la historia, el rechazo es recíproco porque el paciente es producto de relaciones ilícitas, rechazándolo la madre al nacer. Antecedentes familiares: se ignoran. Los exámenes de Laboratorio reportan lo siguiente: Recto. y form. 3.280.000 Gl.R. 11 gr. de Hb., heces con áscaris lumbricoides 3 cruces, cardiolipina y orina negativos. Se le dió tratamiento antiparasitario, la prueba del Cardiazol fué positiva. El Dx. de admisión fué Psicosis Epiléptica: del Servicio: Déficit mental global con trastornos convulsivos. Tratamiento hospitalario anticonvulsivo; fenobarbital, largactil, sulfato de mg. al 10% y reserpina.

Caso No. 21.-

P.G.E. Paciente masculino de 16 años de edad, originario y residente en Chiquimula, fué enviado por el Director del Hospital de dicho Departamento, con historia de crisis convulsivas tipo gran mal, desde la edad de 5 años. Venía con Dx. de Epilepsia y Oligofrenia. La historia familiar se ignora. Los exámenes de laboratorio y L.C.R., fueron reportados como negativos a excepción del de sangre que reportó 3.910.000 Gl.R. con 14 grms. de Hb. La prueba del Cardiazol: positiva. Tratamiento recibido en el Hospital: Luminal 0.10 gr. p.o. bid, Antisacer 1 tableta p.o. c/24 hrs. y Sulfato de Mg. al 10% 10 cc. c/24 hrs. por 3 días durante la agudización de las crisis está controlado.

Caso No. 22.

E.E.L. paciente masculino de 27 años de edad, soltero, originario de Santa Lucía Cotuzumalguaca y residente en esta capital.

Historia: paciente que a la edad de 5 años sufrió un traumatismo en el cráneo y además padeció una otitis media supurada que se le intervino quirúrgicamente. Historia perinatal: cuando la madre se encontraba embarazada de este paciente, sufrió un susto al quemársele la cama. A la edad de 15 años el paciente principió con convulsiones tónico-clónicas, desorientación, alucinaciones y crisis de agresividad e ideas de fuga. Consultó por primera vez en el Centro de Salud Mental, donde fué tratado por el Dr. Mora, el paciente suspendió su tratamiento por lo que empeoró. Entre los antecedentes familiares se encontró un hermano del paciente que falleció por meningitis a la edad de 3 años, una hermana que falleció por ataques epilépticos a los 20 años quien desde los 3 días de nacida los sufría. Todos los exámenes de laboratorio fueron negativos incluyendo el L.C.R., la prueba del Cardiazol: positiva. El Dx. de admisión fué el de: Síndrome Epiléptico, el del Servicio: Síndrome cerebral crónico unido a trastornos convulsivos. Está controlado con fenobarbital 0.1 gr.p.o. bid. y Largactil 50 mgrs. I.V. en 8 cc. de Agua, por agresividad, ocasionalmente. Diamox: 1 tableta diaria, sulfato de Mg. al 10% 10 cc. I.V., vitamino-terapia.

Caso No. 23.-

S.G.F. paciente masculino de 47 años de edad, casado, carpintero, originario de Chiquimula.

Historia: paciente que a la edad de 12 años principió a manifestar trastornos de la conducta y convulsiones tónico-clónicas que se acompañan de desorientación. Historia perinatal se ignora.

En la historia familiar se encuentra que tiene 4 hijos sanos. Todos los exámenes de laboratorio fueron reportados como negativos, incluyendo L.C.R. y E.E.G., la prueba del cardiazol: positiva Dx. de Admisión: Psicosis; del Servicio: Síndrome cerebral crónico unido a trastornos convulsivos.

Controlado con Fenobarbital 0.1 p.o. bid.

Caso No. 24.-

S.T.A., masculino de 45 años de edad, originario y residente en Santa Rosa, de oficio agricultor.

Historia: paciente que desde la edad de 1 año viene padeciendo de crisis convulsivas tónico-clónicas que se presentan aproximadamente cada 15 días, quedando descontrolado, agresivo con ideas de fuga y suicidio. Fué sorprendido en la calle tratando de lanzarse debajo de los vehículos para suicidarse. La Policía lo llevó al Hospital Neuro-Psiquiátrico, donde se le ingresó con el Dx. de Síndrome Epiléptico. En el Servicio se le hicieron los Dx. de: Esquizofrenia, Paludismo crónico, parasitismo y anemia. La prueba del Cardiazol: negativa. Los exámenes del laboratorio fueron negativos a excepción del de heces que fué reportado con Huevos de *Necator americanus* una cruz, el Rect. y Form. con 3.960.000 G1.R. y 14 grms. de Hb., recibió tratamiento antianémico. Está controlado con fenobarbital 0.1 gr. p.o. bid.

Caso No. 25.-

J.H.M., paciente masculino, de 19 años de edad, soltero, originario de El Progreso, Agricultor.

Historia: de crisis convulsivas desde la edad de 9 años, su infancia fué delicada, presentaba pesadillas, temor, e insomnio a veces despertaba sobresaltado, las convulsiones se suceden con mucha frecuencia, acompañándose de pérdida del conocimiento, ha tenido únicamente tratamiento empírico (remedios caseros), paciente que al interrogarlo se ríe y no contesta, agresivo y desorientado, en la historia familiar no se encontró ningún pariente con enfermedades mentales o con trastornos convulsivos. Los exámenes de Laboratorio fueron reportados como negativos incluyendo el L.C.R. a excepción del examen de heces que reportó áscaris lumbricoides 3 cruces y necator americanus 1 cruz. El Dx. de Admisión fué Psicosis Epiléptica y del Servicio: Síndrome Cerebral crónico con trastornos convulsivos. La prueba del Cardiazol: positiva.- Está controlado con fenobarbital p.o. bid. y Largactil 25 mgr. a las 20 hrs. ocasionalmente por insomnio o agresividad y desorientación
Caso No. 26.-

R.D.D.G. paciente de 68 años de edad, masculino, casado originario y residente en esta capital, agricultor, paciente de carácter irritable, desconfiado, supersticioso, no tiene vicios.

Historia: refieren los familiares que desde hace 2 meses principió con convulsiones tónico-clónicas, acompañadas de frases incoherentes y crisis de agresividad.

En la historia familiar aparece el padre del paciente que padeció de ataques convulsivos, además un hijo del paciente de los 19 que tiene, también padece de lo mismo. Los exámenes de Laboratorio fueron reportados como negativos incluyendo el L.C.R. El examen

radiográfico de cráneo y cara presentó desmineralización mandibular con desaparición de la lámina dura y de la corteza del conducto dentario, hay calcificación de los cuerpos estriados, desmineralización de cornetes, posibilidad de Hiperparatiroidismo. La prueba del cardiazol salió negativa. El Dx. de admisión: Psicosis epiléptica; del Servicio: Reacción Esquizofrénica senil. Tratamiento: Testorán forte: 25 mgr. 2 veces por semana; Roniacol 4 tabletas por día; Largactil 25 mgrs. I.M. ocasionalmente por agresividad; fenobarbital 0,32 gr. I.M. ocasionalmente, se encuentra mejorado.

Caso No. 27.-

B.P. paciente masculino de 38 años de edad, casado, originario de este capital y residente en Salamá B.V.

Historia: paciente alcohólico crónico desde la adolescencia, estuvo bien hasta la edad de 34 años cuando después de una ingestión masiva de alcohol, sufrió la primera crisis convulsiva con movimientos tónico-clónicos, pérdida del conocimiento, expulsión de espuma por la boca. Con tratamiento médico desde el principio, pasó asintomático durante 6 meses volviéndose a repetir las crisis en mayor número por períodos de 30 días, con parálisis irreversibles de miembros inferiores, acusa cefalea ocasional, presenta dificultad para hablar, en algunas oportunidades se sufrió hasta 3 convulsiones en el mismo día. La historia familiar no acusa anomalía. Los exámenes efectuados acusan lo siguiente: Hemograma: Hematócrita 3 arcos, focos de leucocitos, eosinofilia, Rctc. y form. anemia moderada de 12,5 gr. de Hb. (capil. líq.: -

negativa.- El E.E.G. presentó trazado anormal con ritmo de base muy lento que traduce daño cerebral difuso. La radiografía del cráneo reportó atrofia cortical predominantemente frontal. La prueba del Cardiazol fué positiva. Dx. de Admisión: Psicosis con Síndrome cerebral. Dx. del Servicio: Síndrome cerebral unido a trastornos convulsivos. Está controlado con Luminal 0.1 gr. p.o. bid. y sulfato de Mg. al 10% cc. 10 c/ 24 hrs., por 3 días, ocasionalmente durante la agudización de las crisis.

Caso No. 28.-

J.F.J.S.- paciente masculino, de 17 años de edad, casado, originario y residente en esta capital.

Historia: paciente que desde hace 15 años viene padeciendo convulsiones tónico-clónicas sin causa aparente. La historia familiar es negativa, ingresa al Hospital sumamente agresivo y desorientado. Los exámenes efectuados acusan lo siguiente: heces: huevos de áscaris lumbricoides 1 cruz el L.C.R. y demás exámenes de laboratorio negativos. La prueba del Cardiazol: positiva. El E.E.G. presentó trazado anormal desorganizado, inestable, ritmo de base lento, y presencia de descargas generalizadas de ritmos agudos con máxima alteración en ambas regiones frontales, compatible con el Dx clínico de Graham de larga evolución.

Dx. de Admisión: Psicosis epiléptica. Del Servicio: Síndrome Cerebral crónico con trastornos convulsivos. Tratamiento: Largactil 25 mgr. I.M. c/24 hrs. y Electroshock 1 diario por 6 días.

El paciente ha mejorado.

yendo el L.C.R., la prueba del Cardiazol: positiva. Dx. de ingreso: Psicosis epiléptica. Del Servicio: Síndrome Cerebral crónico asociado a trastornos convulsivos. Tratamiento: Antisacer: 0.1 gr. p.o. bid y vitaminoterapia.- Controlado.

Caso No. 31.-

B.G.C. paciente masculino de 20 años de edad, procedente de El Quilché, agricultor.

Historia: de crisis convulsivas con movimientos tónico clónicos, se ignora el tiempo de evolución, así como la historia familiar. Los exámenes de Laboratorio incluyendo el L.C.R. son normales a excepción del de heces que reportó: necator americanus 2 cruces. Dx. de Admisión: epilepsia; del Servicio: Síndrome cerebral asociado a crisis convulsivas. La prueba del Cardiazol: positiva.

Caso No. 32.-

V.M.C., paciente de 24 años de edad, masculino, procedente de Escuintla.

Historia: paciente que a los 15 años principió con trastornos convulsivos, pérdida del conocimiento, dolor pre-cordial, cefalea, insomnio, paciente que tiene 7 años de haber ingresado al Hospital Neuro-psiquiátrico. 15 días antes de su ingreso, presentaba crisis muy frecuentes.

Historia familiar: cuando el paciente tenía 3 años de edad, quedó huérfano de padres, pasándose a vivir con una tía materna quien falleció por trastornos convulsivos, posteriormente se trasladó con una de sus hermanas quien también falleció pero por otra causa. Consi-

guió un su empleo de ladrillero, pero fué despedido por su enfermedad. Ingresó inicialmente al Hospital de Escuintla de donde fué remitido al Hospital Neuro-Psiquiátrico. Los exámenes de laboratorio fueron negativos incluyendo el L.C.R., y exceptuando el de heces que reportó áscaris lumbricoides 3 cruces; el de sangre: 3.740.000 Gl.R. y 13 gr. de Hb.

La prueba del Cardiazol: positiva. El E.E.G. presentó trazado alterado en forma difusa que traduce sufrimiento cortical. Dx. de admisión: Epilepsia; de Servicio: Síndrome cerebral crónico con trastornos convulsivos. Fenobarbital, Largactil y Sulfato de Mg. al 10%.

Caso No. 33.

G.H.Ch G., paciente masculino de 22 años de edad, soltero, originario de esta capital.

Historia: de crisis convulsivas de ignora tiempo de evolución, incoherencias, agresivo, la historia familiar negativa. Los exámenes de laboratorio reportaron lo siguiente: Cardiolipina, orina y L.C.R. negativos, heces: huevos de áscaris lumbricoides 2 cruces, tricharis trichura 1 cruz y necator americano 1 cruz, recto. y feces: 3.580.000 Gl.R. y 12.5 gr. de Hb.

El E.E.G. presentó trazado muy alterado por la lentitud del ritmo de base y por la presencia de ondas muy agudas "thetas agudas", sobre región parieto-temporal derecha compatible con el diagnóstico cl. de Síndrome convulsivo. Tratamiento: Fenobarbital 0.1 gr. p.o. bid. Controlado.

Caso No. 34.

M.C.P., paciente femenina, de 40 años de edad, originaria y residente en Santa Rosa, Cuilapa.

Historia: paciente que fué remitida al Hospital Neuro-Psiquiátrico por la Gobernación Deptal. y Centro de Salud de Cuilapa, donde se encontraba ambulante por las calles sin familiares. Ingresó en 1963, con Dx. de Enajenación mental, al exámen físico presentó manos atróficas, lordosis, hemiplejía con atrofia muscular izquierda y pérdida de tono. El Dx. de Admisión: Psicosis senil; del Servicio: Reacción Psiconeurótica. En los diferentes exámenes radiográficos efectuados a la paciente se reportó en uno, "Osteoporosis" atribuible a (meloma múltiple), litiasis renal. En otro, se sospechó "Hiperparatiroidismo". Una Rx. de cráneo fué reportada en la siguiente forma: Meningioma derecha en la porción parietal anterior. Los exámenes de laboratorio: orina negativa, heces: huevos de áscaris lumbricoides 2 cruces, trichuris trichura 1 cruz, Rcto. y Form. 3.500.000 Gl.R. 5,600 gl. Hb. y 12 gr. de Hb. un primer exámen de glucosa en sangre: 72 mgrs.%, un segundo exámen 100 mgrs.%. Cardiolipina: negativa. El E.E.G. presentó trazado muy alterado anormal por la abundancia de ritmos lentos y por el foco epileptógeno franco en región occipito-temporal izquierda, traduce deterioro cerebral con un síndrome convulsivante de larga evolución. Dx. Gran Mal. Sospecha de tumor cerebral. Tratamiento Liranol.-

Caso No. 35.-

C.S., paciente femenina de 48 años de edad.

Paciente con historia de Síndrome Convulsivante crónico, con deterioro mental, tiene hemiplejía espástica izquierda.

Según datos proporcionados por una señora Enfermera que la conoce hace 9 años, no ha tenido ningún cambio la paciente; por periodos se agrava la hemiplejía y permanece en cama.

En la papeleta no tiene datos familiares.

Exámenes de Laboratorio negativos.

El estudio radiológico reportó lo siguiente: Rx. de articulación Coxofemoral: atrofia muscular intensa.

Rx. del cráneo: Hiperostosis frontalis interna.

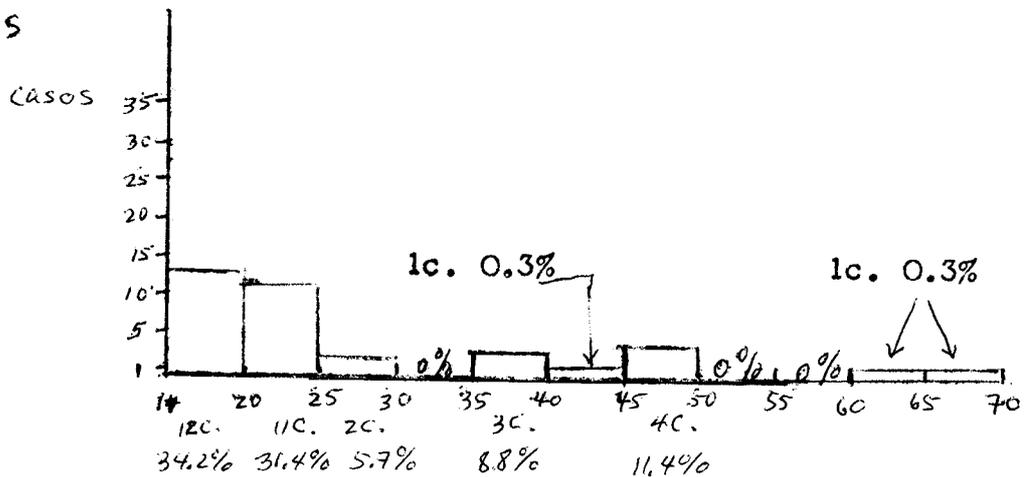
Rx. del cráneo con Hiperencefalograma: atrofia hemisférica derecha.

Diagnóstico de ingreso: Síndrome epiléptico. Tratamiento: Carbamazepil, laminal.

El estudio de todos los casos de este trabajo, se ha resumido y se expondrá en forma de cuadros estadísticos a continuación:

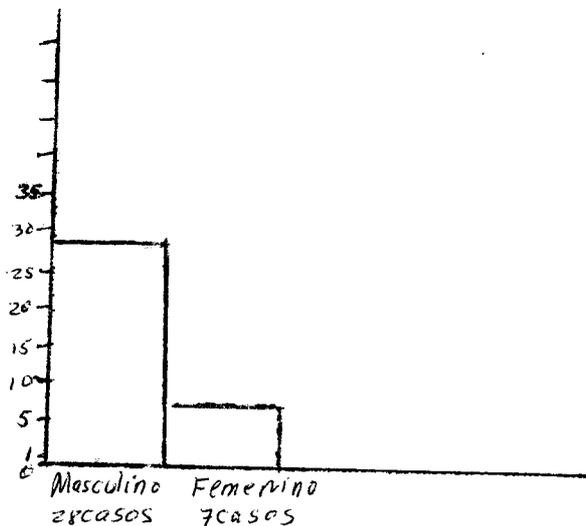
- 1) Distribución de casos de acuerdo con la edad, en el que se destaca que la gran mayoría de los pacientes están comprendidos entre los 14 y 25 años.

Edad de los
35 casos



Con respecto al sexo a que corresponde el cuadro siguiente, no tiene mayor importancia, pues en su mayoría fueron pacientes masculinos los escogidos intencionalmente.

Sexo
Casos estudiados



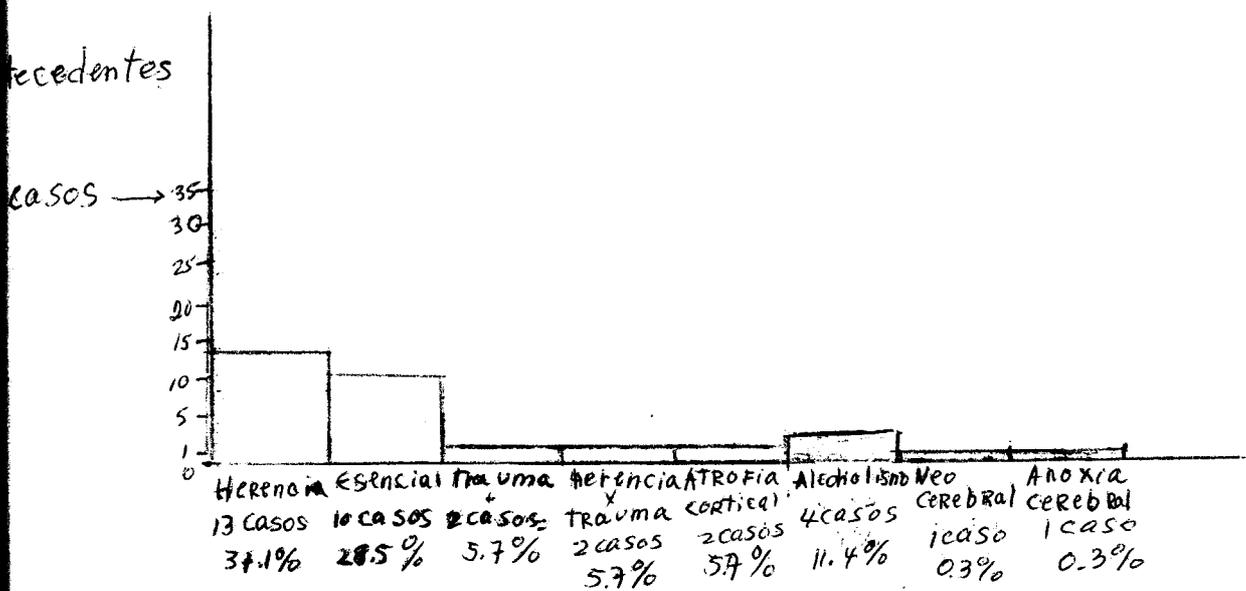
Lugar de Origen:

Dado el pequeño número de casos estudiados, no se puede obtener ninguna conclusión de la distribución de esta enfermedad en Guatemala.

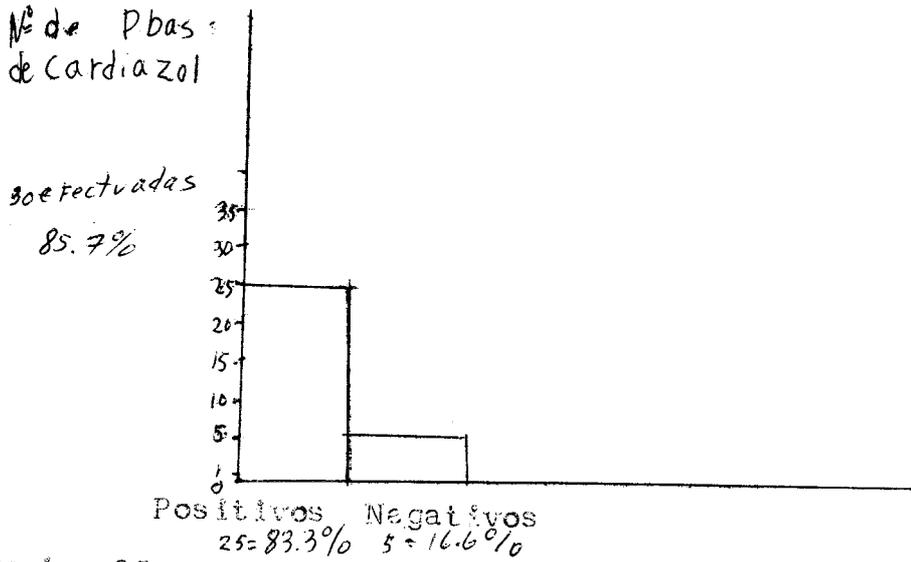
A continuación se expone el lugar de procedencia de los pacientes estudiados.

De la capital:	14
" Villa Canales:	2
" San José Pinula	1
" Santa Rosa:	4
" Huehuetenango	1
" El Quiché:	2
" Jalapa:	1
" Puerto Barrios:	1
" Tiquisate:	1
" Chiquimula:	1
" Escuintla:	2
" Salamá B.V.	1
" Quezaltenango	1
" Santa Lucía Cotz .	1
" origen desconocido.	1

Con el cuadro estadístico siguiente, exponemos cada uno de los antecedentes de los desordenes convulsivos en los pacientes estudiados, en orden de mayor incidencia...



De las 30 pruebas de Cardiazol efectuadas, o sea al 85.7%, fueron positivas en el 83.3% y negativas en el 16.6% de los casos:



De los 35 pacientes estudiados, a 18 se les hizo Rx. de cráneo, de los que 13 fueron reportadas como normales y 5 anormales. La anormalidad consistió en lo siguiente:

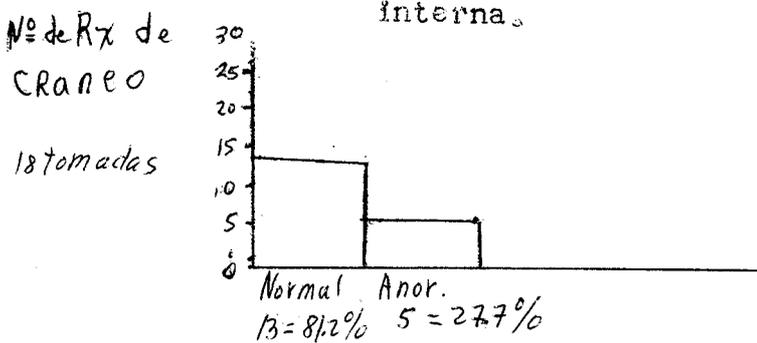
Caso No. 4: sospecha de tumefacción intracraneal.

Caso No. 26: Sospecha de hiperparatiroidismo por desmineralización de huesos del cráneo.

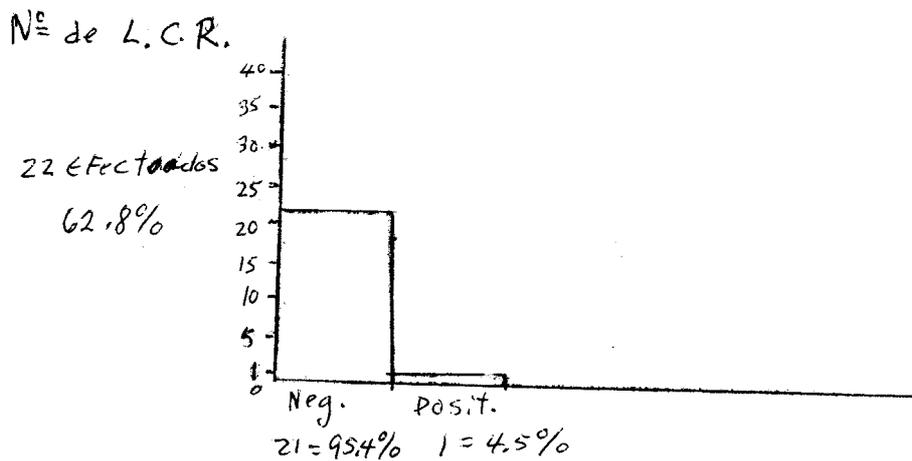
Caso No. 27: Atrofia cortical predominantemente frontal.

Caso No. 34: Meningioma cerebral derecho.

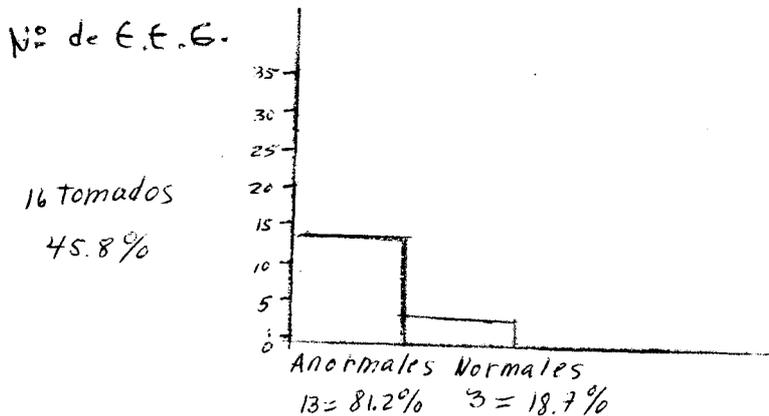
Caso No. 35: Atrofia hemisférica derecha con hiperostosis frontal interna.



De los exámenes de líquido céfalo raquídeo efectuados, estadísticamente se reportan en la forma siguiente:



De los Electroencefalogramas efectuados, en su gran mayoría se han encontrado, en la mayoría de los casos estadísticamente significativos.



CONCLUSIONES

- 1.- En nuestro medio la incidencia de pacientes con Desórdenes Convulsivos es alarmante.
- 2.- En todos los casos estudiados, la sintomatología era similar.
- 3.- Con los medios de diagnóstico que se tuvieron al alcance, se logró encontrar antecedentes de las convulsiones en el 71.4% de los casos analizados.
- 4.- De acuerdo con la mayoría de los Autores, la mayor incidencia de pacientes con convulsiones, se pudo apreciar en nuestros casos, en los comprendidos entre las edades de 14 a 25 años de edad.
- 5.- Con respecto al sexo, en el presente estudio, no lo consideramos de mayor importancia puesto que fueron escogidos intencionalmente en su mayoría del sexo masculino.
- 6.- Dado el reducido número de pacientes estudiados en relación a la gran cantidad que padecen ésta enfermedad, no se puede llegar a una conclusión satisfactoria, sobre su distribución en Guatemala, sin embargo, se pudo apreciar una mayor incidencia en la Capital que en los Departamentos y Municipios.
- 7.- El factor herencia fué predominante sobre los demás antecedentes encontrados, como responsables de los trastornos convulsivos en nuestros pacientes.
- 8.- Una de las pruebas de estimulación mas efectivas es la del Cardiazol, que da una positividad casi del 90%. Así tenemos que en el 85.7% de pruebas efectuadas, fueron positivas en el 83.3%.-

9.- No podemos dejar de mencionar la importancia que representa el estudio Radiográfico del cráneo en la presente enfermedad. De los 18 exámenes practicados, 13 fueron reportadas como normales y 5 que acusaban las anomalías siguientes:

Caso No. 4: Sospecha de tumefacción intracraneal.

Caso No. 26: Sospecha de Hiperparatiroidismo por desmineralización de huesos de cara y craneo.

Caso No. 27: Atrofia cortical predominantemente frontal.

Caso No. 34: Meningioma cerebral derecho.

Caso No. 35: Atrofia hemisférica derecha con hiperostosis frontal interna.

10.- De 22 exámenes de L.C.R. efectuados, 21 fueron negativos y 1 positivo.

11.- Otro dato de capital interés es el de la actividad eléctrica del cerebro que se obtiene por medio del E.E.G., nos da la pauta, la anomalía en 13 casos de los 16 efectuados.

12.- Respecto de las convulsiones desordenadas por sí mismas o a la vez, debe prestárseles la atención debida como si se tratara de convulsiones ordinarias.

DISCUSION:

De la experiencia obtenida al elaborar el presente trabajo, pudimos darnos cuenta que la mayor incidencia de pacientes con desordenes convulsivos, tienen como antecedentes principales, el factor "herencia", siguiéndole en orden descendente los de origen desconocido, alcoholismo y otras de menor cuantía.

En Guatemala existen miles de pacientes con trastornos convulsivos que en la actualidad son controlados por el Centro de Salud Mental, Hospital Roosevelt y Hospital Neuro-Psiquiátrico, sin contar quien sabe cuantos cientos mas que por su misma ignorancia, temor a los Hospitales o escasez de recursos económicos, si son de los Departamentos, no acuden a dichos centros en busca de alivio para tan fatídico mal.-

B I B L I O G R A F I A

- 1.- ALPERS, Bernard, J. Neurología Clínica, 2da. Edición, México Interamericana, 1952. Pags. 64, 609 - 610.
- 2.- CRUCHET, René. Manual Práctico de Neurología, 1a. Ed. Argentina "Editorial Médico Quirúrgica", 1945. Pags. 161-195.
- 3.- CECIL & LOEB, Tratado de Medicina Interna, 3a. Ed. Vol. 2 México, Editorial Interamericana S.A., 1958, Pags. 1,464 - 1,473.
- 4.- GARRISO, A. y Otros. La Epilepsia en el niño, 1a. Ed. Argentina, Editorial "El Ateneo" 1949. Pags. 221-229.
- 5.- GUATEMALA, Hospital Roosevelt. Archivos del Hospital, Pags. 73104, 67569, 59053, 47004.
- 6.- GUATEMALA, Hospital Roosevelt. Archivos del Hospital, Clínica de Convulsiones.
- 7.- GUATEMALA, Hospital Neuro-Psiquiátrico. Archivos del Hospital.
- 8.- GUATEMALA, Hospital Roosevelt. Archivos del Hospital, Departamento de Neurología, Desordenes convulsivos, 11 de marzo de 1961.
- 9.- DIVISION, S. And Others. Febrile Convulsions: a Clinical Study with Special Reference to Heredity and Prognosis. J. Pediat., 31:509, 1947.
- 10.- FINCK, W.G. Significance of Febrile Convulsions. Pediatrics, 11: 341, 1953.

- 11.- MILLICHAP J.G. and others. Studies in Febrile Seizures V. Clinical and Electroencephalographic Study in unselected Patients. *Neurol.* 10:642, 1960.-
- 12.- MORGAN, J. Jones. Vademecum Internacional de Especialidades Farmacéuticas y Biológicas. 11a. ed. Islamorada, Florida, E.U.A.- pags. 35, 56, 59, 106, 125, 184, 193, 224.-
- 13.- MONSON, MALICE, Carlos M. Manual de Terapéutica Farmacológica. Guatemala. Editorial "Piedra Santa", 1958, pags. 8, 8F.-
- 14.- MERCK & Co., Inc. Diagnóstico y Terapéutica. 9a. ed. New York N.Y. U.S.A. 1959. Pags. 1652-1665.-
- 15.- PADILLA, T. y P. Cossio. Semiología del Sistema Nervioso. (Biblioteca de Semiología) 7a. Ed. Buenos Aires. El Ateneo. 1952.- P.276.-
- 16.- RUSSELL, BRAIN, S. Enfermedades del Sistema Nervioso 5a. ed. Argentina. El Ateneo. 1958. pags. 789-803.-
- 17.- BAL Y ROCAS, Federico. Trabajos Científicos Micrografiado. Septiembre 1904. P.2.-