

Notas sobre la Oncocerciasis. IV

Epilepsia y Oncocerciasis *

Por el Dr. LUIS VARGAS,
académico de número.

Calderón (1920) fué el primero en señalar la existencia de ataques epilépticos en un oncocerciásico, mencionando como mecanismo de los mismos el de perforación del hueso y compresión meníngea y cerebral. Este autor señala que encuentra el hueso "completamente perforado en tres ocasiones, más cuatro casos iguales que encontramos entre 500 enfermos. . . Uno de ellos tenía ataques epilépticos, el tumor hacía compresión sobre la zona rolándica, encontrándose sentado sobre las meninges. Una vez operado este individuo, desaparecieron tanto los trastornos oculares, como los ataques de que era víctima, habiendo quedado un agujero redondo de donde se extrajo el tumorcito."

Mora (1922) en la etiología de psicosis alucinatorias anota a la *Onchocerca volvulus*. El conocimiento de la importancia de la epilepsia en la zona oncocerciásica viene de Casis y Rico (1936 y Casis (1938), sólo que estos autores consideran la epilepsia como formando parte de la sintomatología típica de la enfermedad.

Tenemos la impresión de que el cuadro típico de la oncocerciasis todavía no está suficientemente conocido; esta situación es debida en parte a que aun no se realiza ninguna encuesta y a que falta el análisis estadístico de las numerosas observaciones publicadas en literatura sumamente dispersa. En este lugar solamente queremos referirnos a la epilepsia, que se señala entre las complicaciones de la oncocerciasis y a la posibilidad de que sea debida a agentes etiológicos muy lejanos de la *Onchocerca volvulus*.

Según Casis y Rico (1936) "una de las complicaciones más serias de la Oncocercosis, fuera de la ceguera, era la epilepsia, porque eran muchos los casos de enfermos epilépticos que se observan dentro de la zona oncocercósica de Chiapas." De ahí

* Trabajo reglamentario de turno, leído en la sesión del 16 de mayo de 1945.

concluimos que la explicación de muchos casos de epilepsia observados, complicación frecuente en los sitios muy infestados, no puede ser otra que la existencia de nódulos oncocercósicos intracraniales." Casis (1938) dice: "el pronóstico vital, el que se refiere a la vida del parasitado, es favorable. Podríamos afirmar que muy favorable si no se complicara con una secuela de la Oncocercosis que disminuye la benignidad del padecimiento. Esta secuela es nerviosa: el síndrome epiléptico, que constituye para nosotros una modalidad clínica propia de la filariosis. . . en los terrenos endémicos oncocercósicos nunca se ha registrado un caso de muerte en que ésta haya sido atribuida de manera directa y casual a la filariosis, tratándose siempre de un padecimiento intercurrente que injertado en el enfermo filárico lo lleva al desenlace fatal. . . Apoyados en el hecho de que la Oncocercosis produce alteraciones oculares que traducen un ataque al nervio óptico principalmente. . . y en el hecho de que también produce la epilepsia, como más adelante trataremos de demostrar, unido a la premisa de que repercute sobre glándulas de secreción interna, propondríamos que dentro de la definición de la filariosis se agregara que la sintomatología de la misma era principalmente nerviosa con complicaciones endocrinas precoces. . . El síndrome epiléptico forma parte del cuadro de la Oncocercosis a la manera que las hemoptisis son a la tuberculosis, que la ascitis a la Cirrosis de Laennec, que el insomnio nocturno a la encefalitis letárgica, etc.; etc., es decir, que considerando esos síntomas como parte propia del cuadro clínico, pueden presentarse o no, sin que por esto último la enfermedad se niegue o su diagnóstico se haga menos patente y preciso. Y a semejanza de los ejemplos anteriores, el síndrome epiléptico en la filariosis *Onchocerca caecutiens*. . . Partiendo de hechos conocidos, controlados primero por la clínica y después por números y cifras de nuestra estadística, obtuvimos las conclusiones que nos permiten afirmar que el síndrome epiléptico forma parte del cuadro de las parasitosis." Este autor presenta un cuadro en que anota el nombre del lugar estudiado, sujetos observados, epilépticos y ciegos. Descartando aquellos datos en los que sólo encuentra epilépticos o ciegos, hemos reconstruido el cuadro siguiente:

Cuadro 1.—Extractado del de Casis (1938) sobre la incidencia de la epilepsia y ciegos en relación con la oncocercosis.

Lugar del estudio	Observ.	Epilépticos		Ciegos	
		Núm.	Porcentaje	Núm.	Porcentaje
Angel Albino Corzo	1210	17	1.4 ± 0.23	2	.16 ± 0.08*
Nueva Colombia	185	4	2.16 ± 0.72	3	1.61 ± 0.62*
Francisco I. Madero	298	10	3.36 ± 0.70	3	1.01 ± 0.39*
El Huapinól y San Francisco ...	102	3	2.94 ± 1.13*	1	.98 ± 0.66*
El Corralito	82	5	6.10 ± 1.78	3	3.66 ± 0.14
Las Escaleras	32	2	6.25 ± 2.89*	1	3.13 ± 2.08*
La Paz	37	3	8.1 ± 3.03*	1	2.7 ± 1.80*
Plan de Ayutla	78	3	3.85 ± 1.47*	2	2.78 ± 1.26*
San Antonio La Vega	60	2	3.33 ± 1.56*	1	1.67 ± 1.12*
El Limón	82	5	6.10 ± 1.78	2	2.44 ± 1.15*
La Laguna, Las Flores y Los Gat- tos	49	3	6.13 ± 2.31	1	2.04 ± 1.36*
TOTALES:	2215	57	2.57 ± .23	20	.90 ± .14

* Indica que el porcentaje no tiene significación estadística en relación con el probable error.

El autor antes mencionado encontró en 4,044 explorados 100 epilépticos o sea $2.47 \pm .17$ por ciento y 22 o sea 54 ± 0.08 por ciento de ciegos. Las diferencias del cuadro original y del condensado, por lo que se refiere a epilépticos y a ciegos, son pequeñas pero tienen significación estadística. También son significativas todas las diferencias totales entre los porcentajes de epilépticos comparadas con las de ciegos. Casis (1938) también presenta el siguiente cuadro referente a epilépticos:

Cuadro 2.—Incidencia de epilepsia en algunas poblaciones del Estado de Chiapas, según Casis [1938] (1).

A l d e r s	Observados	E p i l é p t i c o s	
		Núm.	Porcentaje
Depto. de Mariscal.			
Belisario Domínguez	178	3	1.69 ± 0.65*
San José Ixtepec	445	1	0.22 ± 0.15*
Depto. de Soconusco.			
Coronado (Sta. Rita)	428	8	1.87 ± 0.44
José María Morelos	320	6	1.87 ± 0.51
Piedra Canoa	138	4	2.90 ± 0.96
TOTAL:	1509	22	1.46 ± 0.21

* Indica que el porcentaje no tiene significación estadística en relación con el probable error.

(1) Del cuadro original se descuentan 2 enfermos que presentaban antecedentes de traumatismo y de alcoholismo y sífilis.

La primera conclusión de los datos observados es que no hay correlación entre el número de ciegos y el de epilépticos. Ahora bien, si prácticamente puede tomarse a todos los ciegos como enfermos actuales o pasados de oncocerciasis, no puede decirse que todos los oncocerciásicos sean o hayan sido ciegos; un criterio mejor, aunque no absoluto, sería el que se registrara respecto a la presencia de quistes o a este dato asociado al de biopsias positivas con microfilarias; de cualquier manera resulta evidente que los datos estadísticos arriba presentados carecen de valor para señalar las relaciones entre la epilepsia y la oncocerciasis.

Bustamante (1940) hablando de las relaciones de la epilepsia con la ceguera, dice: "ya está plenamente demostrada, como en el caso ya citado del Doctor Calderón en Guatemala, y es un factor más de agravación en el pronóstico de la oncocercosis toda vez que los individuos epilépticos acaban en realidad siendo tan inútiles como los ciegos; y si se reúnen en un mismo individuo las dos complicaciones, no se está muy equivocado al pensar que es preferible la muerte a una existencia como esa, tan miserable, que es difícil imaginar otra peor."

Teniendo en cuenta los siguientes puntos fundamentales hemos llegado a la conclusión de que en la zona oncocercósica, por lo menos un porcentaje alto de trastornos mentales, incluyendo la epilepsia, podría ser debido a cisticercosis por **Taenia solium**:

- 10.—Hemos observado una incidencia de epilepsia fuera de la zona oncocercósica, tanto en México como en Guatemala, comparable a la reportada en la zona infectada.
- 20.—El síndrome epiléptico no ha sido mencionado como típico de la oncocerciasis en Africa.
- 30.—Las pésimas condiciones sanitarias por lo que respecta al manejo, elaboración y presentación de los alimentos, al modo de tomarlos y al alejamiento de las inmundicias.
- 40.—La gran proximidad de las porquerizas con las habitaciones o a la falta de separación de ellas, que hace que el hombre y el cerdo tengan parásitos comunes, como lo demuestra la enorme cantidad de **Tunga penetrans** en ciertos lugares.

Estos indicios epidemiológicos necesitan de la confirmación de la clínica y del laboratorio, que no son de ninguna manera sencillas. Resulta por lo demás interesante la observación de que hasta hoy en la mesa de operaciones o en la de autopsias se ha encontrado el mayor número de casos, y donde se han diagnosticado con toda seguridad. En enfermos procedentes de diversas partes del país y operados por Robles (1941 y 1944) este autor encuentra que la localización de la cisticercosis en el sistema nervioso es más frecuente en la Cisterna Magna y en el IV Ventrículo, pero que a menudo se encuentran formas mixtas o asociadas, encontrando "siempre una reacción difusa de la aracnoides y de la piamadre y a veces también de la duramadre que llega a involucrar regiones alejadas del sitio de las vesículas." Dice también que: "las formas meningocorticales de la superficie originan, cuando son múltiples, verdaderos proteos sintomáticos de acuerdo con el sitio y el número de los quistes. En nuestra experiencia las crisis convulsivas ocupan lugar preponderante; cuando el proceso es único, entonces aparecen con este carácter durante largo tiempo hasta que, en el curso de su evolución, llegan a manifestarse por crisis de gran mal. . . Las formas meníngeas de la base originan con mayor frecuencia reacciones inflamatorias quiasmáticas y periquiasmáticas cuya sintomatología traduce el grado y sitio de la compresión a nivel de las vías ópticas, especialmente el quiasma; el aspecto clínico puede variar desde los cuadros de síndrome quiasmático con compresión irregular y estrechamiento periférico del campo. . . hasta la ceguera completa, pasando por otros muchos que pueden considerarse como estadios intermediarios. . . Las formas cerebrales propiamente dichas son aquellas en las cuales el parásito se desarrolla en pleno tejido nervioso. Como las anteriores, originan también cuadros clínicos sumamente complejos de acuerdo con el sitio y el número de las vesículas."

Como lineamientos generales que orienten al clínico señalamos a continuación algunos datos generales. Según Virchow un enfermo de cisticercosis no sufre necesariamente de tenia; pero es frecuente comprobar la existencia de la larva y del parásito adulto.

Para Lange (1940) la presión del L.C.R., hipercitosis, hiperalbuminosis e hiperglubulinosis, no sirven para diagnosticar cisticercosis cerebral; las reacciones luéticas negativas dan cierta probabilidad; el aumento de eosinófilos es el mejor elemento diagnóstico y la reacción de Weimberg, de desviación del complemento con extracto alcohólico de *Cysticercus cellulosae*, es el único elemento de certeza.

González (1943), además de los datos anteriores, señala la importancia que tiene en los antecedentes el investigar la expulsión de fragmentos de tenia, subraya el valor inapreciable de la biopsia en los casos de cisticercosis cutánea, anota que los resultados de la intradermo-reacción de Robin y Fiessinger son dudosos y que los quistes calcificados son opacos a la radiografía.

Para explicar el fenómeno de la infección en el hombre se supuso al principio que además de la ingestión accidental de huevecillos de *Taenia solium* procedentes de las materias fecales, podría haber una regurgitación de proglótides hacia el estómago con la liberación consiguiente de embriones y paso de éstos a los tejidos atravesando las paredes del intestino. Varios autores están acordes en la frecuencia con que se encuentran los huevecillos de *T. solium* en la región perianal y en las posibilidades de autoinfección.

Las observaciones hechas por nosotros en la finca "El Vergel" no son lo suficientemente representativas de la región oncocercosa de Chiapas y por eso no nos permiten generalizaciones ni el que en este lugar se sigan haciendo consideraciones sobre la cisticercosis, sí consideramos en cambio la necesidad de poner en guardia al clínico a fin de que tenga presente la posibilidad de que gran parte de los trastornos mentales, incluyendo la epilepsia, que se observan en la zona oncocercósica, sean debidos a la cisticercosis cerebral. Las sugerencias de Casis (1938) para comprobar si el síndrome epiléptico debe situarse dentro del cuadro de la Oncocerciasis, son en general muy atinados e incluyen estudios en el Estado de Chiapas, dentro y fuera de la zona oncocerciasica, estudios en el foco oncocerciasico del Estado de Oaxaca y estudios de laboratorio y anatomopatológicos en epilépticos que fueran al mismo tiempo oncocerciasicos.

Resumen

Casis y Rico (1936) y Casis (1938) han señalado la gran importancia que tiene la epilepsia en la zona oncocerciasica del Estado de Chiapas, México, e incluyen este síndrome en el cuadro clínico típico de la oncocerciasis. El análisis de los datos, sin embargo, no justifica sus conclusiones. El autor señala la posibilidad de que gran parte de los trastornos mentales sea debida a cisticercos de *Taenia solium*.

REFERENCIAS

- Bustamante V. J. I.—1940. Contribución al estudio del foco oncocercoso del Edo. de Oaxaca.—Tesis. Esc. Méd. Militar. México.
- Calderón, V. C.—1920. Contribución al estudio del Filárido *onchocerca* sp. Dr. Robles —1915 y de las enfermedades que produce.—Tesis. Fac. de Med. y Cir. Guatemala, C. A.
- Casis S., G. y Fco. Rico B.—Oncocerciasis.— *Medicina*. 17:88-95 y 114-128. México.
- Casis S., G.—1938. El síndrome epiléptico y sus relaciones con la oncocercosis.—*Bol. Sal. e Hig. Dpto. Sal. Púb.*—1:11-31.
- González, Ch., J. L.—1943. Las manifestaciones clínicas y el diagnóstico de la cisticercosis cerebral.—*Medicina*. 23:499-526 y 527-545. México.
- Lange, O.—1940. Síndrome liquorico da cisticercose encefalomenígea.—*Rev. Neurologia e Psiquiatria*. 6:35-47. Marzo-Abril. Sao Paulo.
- Mora, C. F.—1922. Trastornos psíquicos en un caso de oncocercosis. *La Juventud Médica*. 19:522-524. Guatemala.
- Robles, C.—1941. Consideraciones respecto a la cisticercosis del cuarto ventrículo.—*Gac. Méd. México*. 71:746-755.
1944. Consideraciones acerca de 100 casos de tumor cerebral operados.—*Secr. Sal. y Asist. Púb.* 1-51 págs. junio. México.