



LAS REACCIONES MENÍNGEAS EN EL NIÑO (*)

*THE MENINGEAL REACTIONS IN THE CHILD*Guerrero-Pérez Eusebio¹**RESUMEN**

Se reproduce un documento escrito y publicado hace más de setenta años, de la autoría de un importante profesor que marcó la escuela médica de la Universidad de Cartagena, Colombia en el inicio del siglo XX. El texto es ejemplo de la apropiación teórica propia de los docentes de esas épocas. Con elementos propios de su formación francesa, aportó importantes conceptos para solidificar y profundizar la estructuración de una enseñanza médica, que la escuela tenía desde sus inicios y especialmente desde la reorganización en la mitad del siglo XIX. Fue el creador del servicio de Pediatría dentro de la escuela y en la ciudad, aportando para que la docencia médica fuese organizada e institucional. **Rev.cienc.Biomed. 2015; 6(1):197-203**

PALABRAS CLAVE

Historia de la Medicina; Meninges; Meningitis.

SUMMARY:

There is reproduced a written document published seventy years ago, of the authorship of one of the important professors who marked a professional history in the medical school of the Universidad de Cartagena, Colombia in the beginning of the 20th century. The text is an example of the theoretic appropriation of the teachers of the epoch. With own elements of his French education, contributed with important concepts to harden and to deepen the structure of a medical education, that the school already had since its origins and specially since the reorganization in the half of the 19th century. He was the creator of the service of Pediatrics inside the school and in the city, reaching to that the medical teaching was organized and institutional. **Rev.cienc.Biomed. 2015; 6(1):197-203**

KEYWORDS

History of Medicine; Meninges; Meningitis.

* Reproducido textualmente de la Revista General de la Universidad de Cartagena. Abril de 1938.

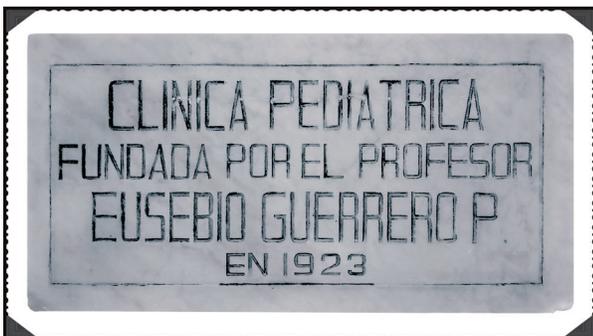
¹ Médico. Creador de la Clínica Pediátrica o infantil del Hospital Santa Clara, en Cartagena de Indias en 1923. Profesor de la Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena. Colombia.

NOTA DEL EDITOR

Eusebio Guerrero Pérez.

El profesor Eusebio Guerrero Pérez nació en Cartagena, Colombia. Se educó en París, pero pronto regresó a Cartagena y formó parte activa en el desarrollo de la escuela médica. Fue profesor de patología externa y de clínica médica.

Se han encontrado documentos donde están detallados aspectos relevantes de su personalidad. Unido a su gran preparación médica y quirúrgica, estaba su permanente caballerosidad. Impecable en el vestir, siempre de blanco, incluidos los zapatos y el sombrero.



Placa conmemorativa de la Fundación de la Clínica Infantil del Hospital Santa Clara. Estuvo colocada a la entrada, hasta el cierre definitivo en la década de los setenta.

Eusebio Guerrero Pérez hizo parte de los procesos de institucionalización de la enseñanza médica en ámbitos hospitalarios dentro de la Universidad de Cartagena. Fue fundador de la Clínica Infantil del Hospital Santa Clara, que quedaba en la calle del Torno. Dicha clínica llegó a tener dos grandes salones donde el profesor se entregó por entero a su cátedra. Una placa colocada a su entrada y que permaneció hasta la desaparición del Hospital Santa Clara, decía: Clínica Pediátrica. Fundada por el profesor Eusebio Guerrero P. 1923.

Eusebio Guerrero Pérez dirigió la Facultad de Medicina desde el 4 de agosto de 1936 hasta julio de 1939. Dicho cargo en toda la historia previa de la facultad, se había denominado indistintamente Presidente, Director e incluso Rector de la Facultad. Con su designación se utilizó por vez primera la palabra Decano, la cual continúa hasta la fecha. No se conoce el origen de dicha directriz.

Guerrero Pérez tuvo facilidad de palabra, exponía muy bien las clases clínicas, fue un conferencista que se adelantó en su tiempo en lo referente a la enseñanza audiovisual de hoy. Fue un clínico de amplio prestigio en la ciudad. Fue en la Universidad de Cartagena, el fiel representante del clásico médico francés del Hospital de Dieu o del hospital Salpêtrière, en la manera de actuar y enseñar a sus alumnos.

Dejó varias cartas y documentos médicos donde se observa su forma clara y sencilla de escribir. Fue importante representante de las generaciones de profesores médicos de las tres primeras décadas del siglo XX. Como la mayoría de sus comprofesores de esos momentos, era ampliamente humanista y gran cultor de las artes.

No es bien conocido que entidad clínica presentó que lo llevó a la ceguera. Se trasladó a Francia y para 1957 vivía en París, en una vieja casona cercana a Los Campos Elíseos, donde murió poco tiempo después.

Revista Ciencias Biomédicas reproduce el contenido de una de sus lecciones profesadas en el servicio infantil del Hospital Santa Clara.

INTRODUCCIÓN

Según Siccard las reacciones meníngeas en el niño están constituidas por el conjunto de perturbaciones que las lesiones aracnoideas provocan en el funcionamiento del sistema nervioso.

El punto lesionado corresponde a la cavidad subaracnoidea, la cual está limitada hacia fuera por la aracnoides visceral, hacia adentro por la piamadre. En este espacio circulan no solo el líquido cefalorraquídeo, sino también los vasos aferentes y eferentes cerebrales y los pares y raíces craneanos.

En el niño las lesiones subaracnoides son tan frecuentes que debemos tenerlas siempre presentes para no confundirlas con ciertas afecciones y poder colocarlas en sus verdaderos planos patológicos. Los síndromes de reacción meníngea no presentan ningún carácter especial en la primera edad.

Con Baboneix podemos considerar dos órdenes de síntomas: los de orden clínico y los de orden biológico.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Una de las más importantes es la cefalea, de la cual se queja el niño ya grande; pero que los infantes acusan por el "lenguaje de los signos", es decir, por movimientos alternativos de flexión, de extensión o de lateralidad de la cabeza.

Otros síntomas son el estreñimiento casi constante, los vómitos sin esfuerzo, de tipo cerebral. Como saben ustedes, estos síntomas constituyen el clásico trípede meníngeo, al cual vienen a añadirse los trastornos motores. Tenemos las contracturas musculares que pueden predominar en los músculos del cuello y ocasionar una rigidez tal de la nuca que casi no se puede levantar la cabeza del enfermo, o bien en los miembros inferiores, o en los músculos vertebrales, dando lugar en este último caso a la actitud en gatillo. A estos síntomas añadamos las convulsiones tan frecuentes y que tanto embarazan el diagnóstico. Y para completar este cuadro motor no hay que olvidar las parálisis incompletas de los nervios craneales. En algunos casos la reacción meníngea puede manifestarse por

una disfagia brusca, para aparecer más tarde alguno de los síntomas enumerados.

Como manifestaciones sensitivas señalamos la hiperestesia: los niños se vuelven hostiles y hacen difícil el examen somático. Al lado de la manifestación sensitiva citaremos los síntomas sensoriales, principalmente los viscerales, el estrabismo, el ptosis y la fotofobia que impulsa al niño a volverse hacia el muro en busca de sombra.

SÍNTOMAS PSÍQUICOS

Excitación o al contrario, depresión, la somnolencia entrecortada de gemidos y de suspiros, también pueden observarse modificaciones de la respiración y de la circulación. El pulso y la respiración no evolucionan paralelamente.

También podemos notar los fenómenos simpáticos: aparición de la raya vaso-motriz en los puntos del tegumento en que tracemos una línea con la uña u otro objeto puntiagudo; los caracteres de esta línea son lo tardía y prolongada.

Biológicamente podemos considerar las modificaciones del líquido cefalorraquídeo. Modificaciones físicas y químicas: la presión está aumentada, la hiperalbuminosis, la gliorragia y el aumento de la urea. Citológicamente, mononucleosis o polinucleosis. Bacteriológicamente, presencia de B de Koch, de meningococos o de gérmenes diversos. Presencia o ausencia de fijación del complemento para sífilis. Es el estudio del líquido cefalorraquídeo el que en la mayor parte de casos permite resolver las dificultades que puede presentar una reacción meníngea. Y ya sabemos cuán importante es el examen serológico en el curso de ciertos síndromes nerviosos a causa de la heredosífilis.

REACCIONES MENÍNGEAS EN LAS AFECCIONES DEL EJE CEREBRO-ESPINAL

Como ejemplo de reacción meníngea tenemos el de una meningitis tuberculosa observada en el Servicio Infantil del Hospital Santa Clara. Se trató de una chica de 12 años, la cual después de haber presentado con-

vulsiones generalizadas que desaparecían y reaparecían espontáneamente, sin observar ningún trastorno nervioso en el intervalo, presentó después todos los caracteres de una meningitis tuberculosa cuya evolución, al fin fatal, se prolongó por dos meses. Hay que apelar en este caso, para explicar las reacciones meníngeas caracterizadas por convulsiones, a la interpretación anatómica de Baboneix y de Rilliet y Barthez: se trata de un tubérculo cerebral situado en la profundidad de las circunvoluciones y que obedece a la ley que haciendo evolucionar las producciones patológicas hacia la superficie invade las meninges y cuando las meninges han sido invadidas y una barrera de adherencias no se ha producido, hay contaminación y la meningitis queda establecida, esto constituye la tuberculización crónica del cerebro. En la poliomielitis anterior las reacciones meníngeas pueden inducir a grandes errores, sobre todo si los caracteres del líquido cefalorraquídeo no son suficientemente netos para poder distinguir esta afección de la no tuberculosa, por ejemplo - a veces han sido necesarios 15 a 20 días para ver las reacciones atenuarse y desaparecer. Anteriormente la parálisis flácida permitía elucidar la cuestión; como veremos más adelante la parálisis flácida puede no existir.

Los internos del Hospital "Santa Clara" al encontrarse en presencia de un estado convulsivo en el niño que llevan a la sala de emergencia se guardan mucho de lanzar el "eso es nada" por temor de desconocer bajo la simple apariencia de una convulsión banal una meningitis en evolución.

En la meningitis tuberculosa del lactante hay un mínimo de signos, y a veces engañosos; algunas convulsiones, un poco de rigidez de la nuca, a veces somnolencia. Lesage, Abrami, Baboneix y otros muchos autores han descubierto a la necropsia de niños atrépsicos lesiones de meningitis tuberculosa.

En el servicio infantil algunos de ustedes han observado "algunos debilitados" cuya terminación fatal ha tenido el andar de una meningitis tuberculosa.

Según los autores citados, en ciertos casos de meningitis tuberculosa del lactante al

examen del líquido cefalorraquídeo revela polinucleosis en lugar de linfocitosis.

Esta modificación citológica se explica por una infección asociada y también parece indicar la polinucleosis en la meningitis tuberculosa que el término fatal tendrá lugar en un tiempo muy breve. En las meningitis cerebro-espinales las reacciones meníngeas tardan en aparecer, los vómitos, la fiebre a 40 grados, los estados sincopales preceden de algunos días las reacciones meníngeas motrices. Éstas están caracterizadas por cierta rigidez de la columna vertebral. El resultado de la punción lumbar es el signo revelador de la afección meningocócica.

Citemos también la meningitis aguda linfocitaria benigna, aun en discusión respecto a la etiología; algunos autores, entre ellos Mollaret y Kreiss, consideran dichas meningitis como una afección general con determinaciones nerviosas y viscerales en que la reacción meníngea adquiere un valor considerable.

REACCIONES MENÍNGEAS DE ORIGEN DIGESTIVO

En una estadística del servicio Infantil sobre gastroenteritis, hemos considerado las reacciones meníngeas en algunos casos.

Muchos enfermitos se presentan en estado semi-comatoso o bien con rigidez de los miembros; si este estado se prolonga hay tendencia a pensar en una meningitis. Pero la evolución y el examen del líquido cefalorraquídeo apartan tal idea; se trata de una reacción meníngea en el curso de una gastroenteritis.

Aunque estas reacciones meníngeas son si se quiere especial a los niños cuyo desarrollo está en retardo y a los atrépsicos, siendo el cuarto mes como el máximo de frecuencia, también se puede observar en niños más grandes atacados de enteritis. El diagnóstico es a veces imposible entre las reacciones de la enteritis y una meningitis verdadera que puede asociarse al trastorno digestivo.

Hutinel al explicar estas reacciones meníngeas, invoca la congestión de la piamadre,

las sufusiones sanguíneas o simple fluxión de los vasos encefálicos.

REACCIONES MENÍNGEAS EN LAS AFECCIONES DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS

En estas afecciones las reacciones meníngeas son frecuentes y aunque pueden observarse en el simple coriza y en la bronquitis, es principalmente en la neumonía y en la bronco-neumonía en las que dichas reacciones adquieren mayor intensidad.

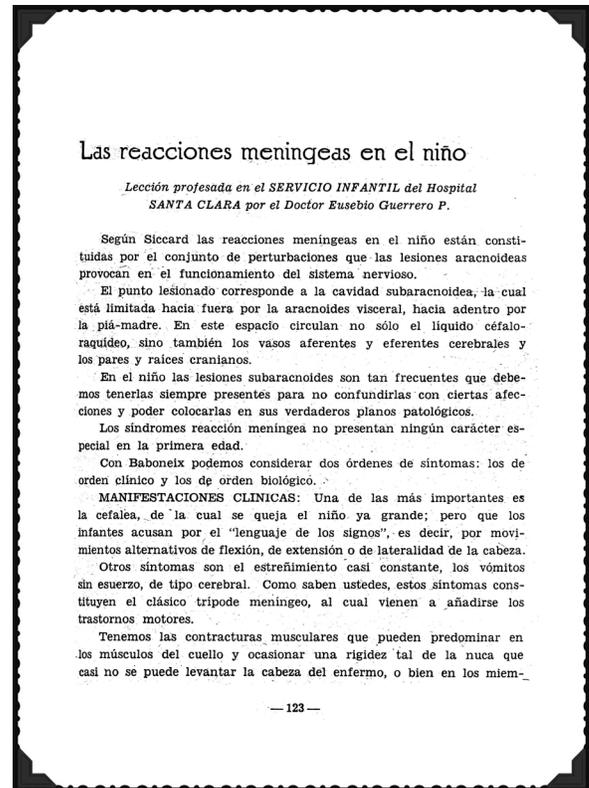
Hay una forma meníngea de la neumonía en la cual la somnolencia, el delirio, la cefalalgia y los vómitos, son los principales síntomas.

En cuanto a la facies, reviste el aspecto propio de las afecciones cerebrales, a veces hay estrabismo. Pero la somnolencia no es tan marcada como las enfermedades encefálicas verdaderas; el niño puede salir de su marasmo y generalmente este no se acompaña de gritos automáticos ni de esos cambios de coloración de la cara, ni de expresión de indiferencia tan característica de las meningitis. A veces el delirio es muy aparente pero en general se trata de delirio más bien tranquilo que violento.

Según Baboneix y otros autores se observa en niños de 7 a 10 años en el momento en que la neumonía evoluciona hacia la resolución. Baboneix recomienda estar prevenido para no pensar en una complicación de meningitis.

REACCIONES MENÍNGEAS EN LAS INFECCIONES

Hace pocos días recibieron los internos de turno una niña de tres años presa de convulsiones subintrantes y con temperatura de 40 grados. El estado de la chica era alarmante y reservábamos nuestro pronóstico en cuanto a la etiología de las reacciones meníngeas. Nuestra reserva fue solo de pocas horas. Cinco o seis horas después de estar hospitalizada la enfermita, las convulsiones cesaron y a pesar de la temperatura a 40 grados el estado general era satisfactorio. Eliminado el paludismo que esperábamos encontrar permaneció la incógnita que no desapareció



Fascimil de la primera página de la publicación.

sino tres días después con la aparición de una que otra vesícula de viruela. La evolución se hizo sin ninguna complicación.

La fiebre tifoidea del niño cuando presenta reacciones meníngeas puede imponerse por una meningitis tuberculosa. Podemos encontrar en ciertos casos rigidez de la nuca y hasta el signo de kernig. Felizmente los exámenes biológicos permiten establecer el diagnóstico y desensombrecer el pronóstico.

La inversa puede producirse: una meningitis tuberculosa puede presentar al principio los caracteres de una fiebre tifoidea. Tal ocurrió con el último caso de meningitis tuberculosa registrado en el Servicio Infantil: una niña de 10 años entra al servicio con trastorno digestivo, lengua saburral, vientre ligeramente timpánico, bazo perceptible; reacción meníngea ninguna. Examen parasitológico, negativo para el paludismo y seroreacción de Widal, negativa.

Entretanto, se espera de un hemocultivo algún dato; este también fue negativo. Varios

días, un grito automático lanzado por la enfermita nos da la clave; el examen somático nos revelo el cuadro de una meningitis tuberculosa. La evolución (no fue posible hacer una punción lumbar a causa de la indocilidad inconsciente de la enfermita) hacia el término fatal no se hizo esperar.

En las parotiditis epidémicas suele existir a veces una reacción meníngea que se manifiesta en el líquido cefalorraquídeo. Según Monod hay una linfocitosis muda, es decir, que ningún síntoma externo se manifiesta; sin embargo, se observan a veces la taquicardia y la laberintitis. Morquio, de Montevideo, ha demostrado que la característica de la reacción meníngea en las parotiditis epidémicas es la cesación de las manifestaciones después de haber alcanzado un máximo clínico y citológico y, sobre todo, la terminación favorable en pocos días.

REACCIONES MENÍNGICAS EN LA HELMINTÍASIS

Un niño presenta convulsiones, vomita, se queja de la cabeza, se acuesta en la actitud del gatillo y presenta fofobia. Los familiares incriminan las lombrices. Están en un error, como dice Baboneix, ¿están inconscientemente diciendo la verdad? Esta cuestión la debatimos con los familiares cuando nos llaman para ver un niño con convulsiones. Evidentemente, no haremos como el público que atribuye a la helmintiasis la mayor parte de las reacciones meníngicas; pero se puede admitir, como lo hace Baboneix, que un meningítico tuberculoso puede tener al mismo tiempo cantidad de parásitos intestinales. Y puede afirmarse que en ciertos casos el parasitismo intestinal en el niño provoca reacciones meníngicas tan completas que es posible cometer un error de diagnóstico y pensar en una meningitis tuberculosa de las más clásicas.

Marfan, y P. Gauthier, de Ginebra, han señalado en algunos casos la hipertensión del líquido cefalorraquídeo, la linfocitosis e hiperalbuminosis. Las reacciones meníngicas desaparecen cuando por ventura el intestino es desembarazado de los indeseables huéspedes.

REACCIÓN MENÍNGICA DE LA HEREDOSÍFILIS

En la heredo-sífilis pueden encontrarse reacciones meníngicas; estas pueden ser, como siempre o biológicas o clínicas. A las primeras corresponden, las alteraciones del líquido cefalorraquídeo: la linfocitosis es frecuente, pero no característica, puesto que según Ravaut, puede encontrarse en el curso de una dermatosis en el niño. A veces la fijación del complemento o la reacción de floculación revelan resultados positivos.

Las reacciones de naturaleza clínica son múltiples y pueden semejar la meningitis aguda. También citemos la sordera laberíntica, las oftalmoplejías, la atrofia óptica y la hidrocefalia en cuya producción es preciso reconocer una meningitis crónica.

El profesor Hutinel piensa que la heredo-sífilis ejerce una acción favorecedora, sensibiliza el cerebro para otras infecciones y facilita grandemente el desarrollo de una meningitis tuberculosa.

REFLEXIONES DE ORDEN TERAPÉUTICO

Las reacciones meníngicas de orígenes diversos pueden presentar idénticas manifestaciones. La punción lumbar se impone cada vez que existe una reacción meníngea. Y, tal vez, de este modo no se desconocerá una meningitis cerebro-espinal, ni se confundirá una meningitis tuberculosa con una reacción meníngea debida a la parálisis infantil, o con otras afecciones como la fiebre tifoidea o la neumonía. Y esto elucidado podemos oponer a los trastornos observados un tratamiento de causa.

En las poliomielitides anteriores agudas, por ejemplo, emplear la punción lumbar, la inyección de suero específico o bien la radioterapia de la medula en caso de parálisis. ¿Será posible instituir un tratamiento de la meningitis tuberculosa? En los casos que hemos visto y observado en el Servicio Infantil del Hospital "Santa Clara" ninguna ha terminado favorablemente.

Desde hace algún tiempo André Jousset solo o con Perisson ha tratado varios casos de

meningitis tuberculosa por la alergina con buenos éxitos.

La alergina se inyecta en el tejido subcutáneo tres días seguidos. En la meningitis cerebro-espinal desde el primer instante inyectar un suero polivalente mientras la identificación del germen en causa permita inyectar el suero correspondiente. Además del suero tenemos a nuestra disposición los derivados de la tripaflavina. En algunos casos un absceso de fijación puede ser de gran utilidad.

En toda reacción meníngea hay que pensar en revisar desde la heredo-sífilis hasta la intoxicación por los helmintos y obrar en consecuencia. Actualmente está sobre el tapete la conducta que ha de seguirse en el tratamiento de las poliomielitis anteriores. Y desde ese punto de vista en una comunicación de Cibils Aguirre, de Buenos Aires, a la sociedad Médica de los Hospitales de Paris en Febrero último, se establece que las bases

del diagnóstico han cambiado fundamentalmente desde que se conocen las formas abortivas y no "paralíticas" que no llegan a la parálisis. Park en su informe establece un 75% de formas no paralíticas y los daneses con Jenser y Nissen establecen un 90%.

Según el informe de la Sociedad de la Naciones las formas paralíticas constituyen la excepción. Y Cibils Aguirre dice que según su experiencia personal en la última epidemia de Buenos Aires, las reacciones meníngeas de orden biológico en la enfermedad de Heine Medine, constituyen una base importante para esclarecer el diagnóstico precoz en el periodo pre-paralítico. El conocimiento de estas formas reviste un interés no solo doctrinario o especulativo, sino también y, sobre todo, un interés práctico. Hay que despistar el periodo pre-paralítico por las desventajas que esto acarrea desde el punto de vista de la profilaxis y de un tratamiento oportuno.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. R. Cibils Aguirre (14 de abril de 1936).
2. Morquio-Archives de Medicine des Enfansts (Paris, 1936)
3. R. Cibils Aguirre-Sociedad Médica de los Hospitales de Paris (Sesión del 18 de febreros de 1938).



Universidad
de Cartagena
Fundada en 1827

**REVISTA CIENCIAS
BIOMÉDICAS**

Es el órgano de información científica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena. Colombia.

Publique su trabajo en esta revista enviando su manuscrito a:
revistacienciasbiomedicas@unicartagena.edu.co
www.revistacienciasbiomedicas.com

Revista ciencias Biomédicas es una publicación independiente, imparcial, abierta, revisada por pares, de elevada visibilidad internacional, con circulación online e impresa. Publica artículos en todas las modalidades universalmente aceptadas en inglés y en español, de temas referentes con

todas las ciencias biomédicas, incluyendo ámbitos clínicos, epidemiológicos o de estudios básicos.

El sistema de gestión de manuscritos es rápido y justo.

Revista Ciencias Biomédicas está incluida en varias bases de datos latinoamericanas e internacionales.

Antes de enviar su manuscrito, revise las recomendaciones para los autores, presentes en:
www.revistacienciasbiomedicas.com
www.revistacienciasbiomedicas.com.co