

# PREGUNTAS Y RESPUESTAS

(Dr. J. G. M. G.)

## I—PREGUNTA: TRATAMIENTO DE LA JAQUECA

RESPUESTA: De un modo general, en el tratamiento de la jaqueca y de las demás formas de cefaleas vasomotoras, que constituyen la mayoría de todas las molestias cefalálgicas, será posible conformarse con analgésicos o con los preparados más específicos a base de ergotamina, si los ataques no ocurren con demasiada frecuencia. En estos casos, los medicamentos nombrados constituirán una prescripción adecuada. Si las molestias son frecuentes, por ejemplo si se presentan una vez por semana o con intervalos aún menores, están indicadas curas medicamentosas profilácticas. La gran incidencia de dolores de cabeza y de jaqueca en la población, ha hecho que para esta indicación se ofrecieran medicamentos en gran número, cuya pretendida eficacia se apoya en teorías en parte fantásticas y sin fundamento científicos alguno.

Buenos resultados, documentados en materiales casuísticos suficientes y concordantes, se han obtenido aproximadamente en dos tercios de los casos de jaqueca, también en las cefalalgias vasomotoras simples de tipo crónico, con curas mediante alcaloides hidrogenados puros de cornezuelo de centeno como ser la Dihidroergotamina o la Hydergina y en algunas formas de jaqueca, especialmente las paroxísticas, también con algunos preparados de la serie de los antiepilépticos, sobre todo, preparados de asociación con difenilhidantoina y cafeína, algunos de los cuales contienen, además dihidroergotamina. Para las indicaciones de esta última triple asociación, son un indicio rector asimismo, las manifestaciones electroencefalográficas de hiperexcitabilidad. A menudo se consigue cortar rápidamente la jaqueca con el metisergid, un derivado del ácido lisérgico, que auna una propiedad anti-serotonínica con efectos vasoactivos. Con este producto se obtienen buenos resultados igualmente en la jaqueca climatérica y preclimatérica que es generalmente muy difícil de manejar; tal es la experiencia personal del que suscribe. En los casos en que existe propensión a la hipertensión o una hipertonía aparentemente lábil, será la Hydergina la que más probablemente ayudará. Son necesarias una dosificación suficiente (dos comprimidos sublinguales tres veces por día) y una medicación relativamente prolongada tipo cura, de tres meses de duración por regla general.

Un abuso más o menos largo de analgésicos y las dificultades relacionadas con el retiro de tal medicación, conspiran a veces contra el resultado terapéutico. En tales casos resulta a veces aconsejable, la hospitalización en una clínica, en la cual se podrá sacar partido asimismo del efecto más rápido de la Hydergina aplicada en inyecciones.

Por último, en presencia de jaqueca muy pertinaz y progresiva —y no obstante haber quedado descartado precozmente un tumor cerebral—, hay que pensar en otras causas, fuera de la hipertensión (sífilis, nefropatías, angiopatías diabéticas, aneurismas, procesos basales u osteolíticos) que pueden simular hemicráneas

típicas, pero en las que una anamnesis prolongada no ofrece ninguna clase de seguridad.

La cuestión sobre si la jaqueca presente es genuina o sintomática, así como la evaluación de las concomitancias psíquicas y del trazado de un plan adecuado de tratamiento, que resulte eficaz en el 80% de los pacientes, son problemas que no pueden ser contestados en el exiguo espacio de que se dispone. El que suscribe remite por esta razón al estudio más detallado que existe sobre el tema: H. Heyck "Der Kopfschmerz. Differentialdiagnostik un therapie fur die Praxis". (El dolor de cabeza Diagnóstico y diferencial y tratamiento para la práctica) 3a. edición (Stuttgart 1964).

## II PREGUNTA: FISIOPATOLOGIA DEL DOLOR ANGINOSO SIN DÉFICIT CIRCULATORIO CORONARIO DEMOSTRABLE

**RESPUESTA:** El por qué en algunos casos, de lesión miocárdica por déficit circulatorio coronario falta el síntoma de angina de pecho, es una cuestión difícil de contestar ya que ni siquiera se sabe a ciencia cierta cuál es el mecanismo patogénico del dolor anginoso. Se admite que es la consecuencia de una isquemia miocárdica circunscrita: excitación de fibras vegetativas sensibles de los vasos coronarios debida a la hipoxia misma o bien irritación de los receptores nerviosos debida a los metabolitos acidóticos acumulados y no removidos por el transporte desde el sector miocárdico hipóxico. Es posible que también las abundantes cantidades de potasio que evaden el área miocárdica hipóxica, actúen a través de la íntima vascular como estímulo transmisor de dolor. Se puede imaginar que el dolor anginoso adquiera intensidad liminal sólo si la concentración de los mencionados estímulos excede cierto valor en el lugar de su formación. Es concebible que tal concentración liminal y, con ella el umbral algogénico no se alcancen si es expeditiva la remoción de las sustancias estimulantes desde el lugar de su formación o si es muy lenta la destrucción de algunas pocas fibras miocárdicas por vez. Las investigaciones experimentales de W. H. Hauss y colaboradores (Med. Welt 1962 Pág. 2371, y 1963, Pág. 125 y sig) han aportado nuevos conceptos patogénicos fundamentales justamente a este último mecanismo.

Si en el curso de la vida se suman tales destrucciones de fibras miocárdicas que no se hacen sentir en lo subjetivo ni en lo objetivo en el momento de producirse, y que se deben a la hipoxia consecutiva a la afección vascular de fondo, podrán resultar al final signos clínicos de insuficiencia cardíaca y alteraciones de diversa índole en el electrocardiograma (trazados de infarto inclusive) sin que jamás hubiese sobrevenido el síntoma de angina de pecho. En el examen anatomopatológico se descubren en estos casos, cuadros que se rotulan con el diagnóstico de cardiosclerosis o miocardosis degenerativa arterioesclerótica.

Los estudios vectocardiográficos del autor han demostrado que lesiones miocárdicas de este tipo sin sintomatología subjetiva ni clínica son mucho más frecuentes de lo que generalmente se piensa.

En resumen, se puede expresar que la angina de pecho no debe interpretarse como signo obligatorio de un déficit circulatorio de miocardio.

Privatdozent Dr. H. Portheine,  
Medizinische Universitätsklinik.

## III PREGUNTA: EN UNA PLURIPARA ¿PUEDE OCURRIR UN ABORTO EN EL TERCERO O CUARTO MES DE LA GESTACIÓN SIN CONTRACCIONES O HEMORRAGIAS?

**RESPUESTA:** Es sobremanera improbable que un aborto transcurra en el tercero o cuarto mes de embarazo sin provocar síntomas (dolores, hemorragia), has-

ta en una plúripára. Incluso en la insuficiencia del cérvix debido a la cual ocurren frecuentes abortos entre el cuarto y el sexto mes de la gestación y en la cual la dilatación del cérvix suele ser muy rápida, por regla general nunca faltan síntomas observables. Por cierto hay mujeres psicopáticas que "no quieren saber nada" de la existencia de un embarazo y que incluso "reprimen" el proceso de un parto o aborto, de suerte que son sorprendidas por el hecho de haber abortado. En tales casos se debería hablar de una especie de "no gravidez imaginada" como contraste de la "grossesse nerveuse". Son probablemente condiciones -psíquicas parecidas que pueden desembocar en el rarísimo "parto precipitado". Los partos precipitados ocurren solamente en las mujeres que buscan ocultar el hecho del embarazo y del parto. Hay que discernir entre los partos precipitados extremadamente raros (precipitación del niño, por ejemplo en el baño) y el parto acelerado, no tan raro (parto acelerado con pocas contracciones). Es bien sabido que no siempre se deslindan con la debida exactitud los dos conceptos.

Prof. Dr. G. K. Doring I. Universitäts-Frauen klinik München 15, Maisys. 11.

#### IV. PREGUNTA: HERENCIA DE LA ESQUIZOFRENIA

¿Qué riesgo hay que calcular en los hijos procreados por esquizofrénicos? ¿Es el riesgo tan grande que los hijos que hasta la segunda década de la vida no han acusado nada de particular, hay que desaconsejarles el matrimonio porque la madre enfermó de esquizofrenia a los 30 años de edad? ¿No se demuestra ninguna tara en las familias de ambos cónyuges?

#### RESPUESTA:

La esquizofrenia no es una enfermedad hereditaria monogénica. Por lo mismo no es posible indicar cifras mendelianas sino sólo cifras empíricas, referentes al riesgo de los diferentes grados de parentesco. En la esquizofrenia, la cifra media de riesgo es del 0.85% aproximadamente en el promedio de la población. La correspondiente a los hijos de un esquizofrénico se ha calculado en 9 a 16%. No es indiferente la forma clínica para el caso del progenitor; el estigma hereditario es algo menor en la forma paranoica y en las formas del grupo simple que en los hebefrénicos y catátemeos. No deja de ser importante si el progenitor "sano" presenta o no particularidades psíquicas de cualquier género, porque también ellas incluyen en la probabilidad que tendrán los hijos de afectarse.

En el caso de la consulta, los hijos, por lo que se puede deducir, todavía están en la edad juvenil. Por lo tanto, sólo han vivido una pequeña parte del tiempo durante el cual pueden correr el riesgo de desarrollar la esquizofrenia, de enfermó relativamente tarde, a los 30 años de edad.

Con el conocimiento íntimo de la familia sería posible establecer un pronóstico hereditario más diferenciado de lo que es factible con los escasos datos consignados en las preguntas. Con los datos que me han sido presentados, habrá que aceptar un 9 a 16% de probabilidad de una afección. Para los hijos de un progenitor esquizofrénico resulta aconsejable casarse lo más tarde que sea posible

Prof. Dr. P. E. Becker. Institut für Humangenetik der Universität.  
Göttina; en Nikolausberger Weg. 23.