

Entrevista con: Doctor Julio Hernández Peniche

EXISTE UNA ALTA INCIDENCIA DE COMPLICACIONES NEUROLOGICAS EN EL ALCOHOLICO CRONICO

Quizá por ser menos dramáticas que la cirrosis hepática, las complicaciones neurológicas del alcoholismo suelen no ser tomadas en cuenta, especialmente cuando el médico general tiene ante sí a un paciente alcohólico en estado avanzado.

El doctor Julio Hernández Peniche, neurólogo, explica:

El alcohol afecta al sistema nervioso de dos maneras: una, a través de las lesiones que produce en otros aparatos y sistemas; de estas perturbaciones las más conocidas son las crisis convulsivas que se presentan en la etapa de abstinencia, el delirio que fue calificado por los clínicos como "tremendo", la encefalopatía de Wernicke, el síndrome de Korsakoff, la atrofia cerebelosa, la enfermedad de Marchiafava-Bignami y el hematoma subdural.

También debe decirse que el alcohol afecta en forma directa el metabolismo de algu-

nas coenzimas y vitaminas y produce una alteración similar a la encefalopatía peligrosa, la pseudotabes alcohólica y una de las polineuritis más comunes: la alcohólica.

Aunque no existen datos fidedignos, los especialistas coinciden en que la mayor frecuencia de casos corresponde a la polineuritis, el hematoma subdural, el estupor recurrente producido por un corto-circuito que permite al amonio saltar la barrera hepática y la poliencefalitis superior hemorrágica descrita por Wernicke.

Varias de las lesiones que mencionamos tienen carácter irrevocable, como se ha demostrado recientemente con la tomografía axial computarizada. Este conocimiento no lo podíamos tener antes porque hubiese sido necesario utilizar métodos agresivos como la inyección de aire en el espacio aracnoideo.

Mediante este sistema, que se sirve precisamente de una computadora electrónica, se puede determinar la cantidad de fotones que absorben las diferentes partes de una acción cualquiera del organismo. Con este dato se alimenta enseguida un osciloscopio y se obtienen imágenes exactas de lo que está ocurriendo, por ejemplo, a nivel del cerebro.

Con este procedimiento incruento se puede observar el grado de atrofia, el tamaño ventricular, el tamaño de las cisuras cerebrales, etcétera.

Con esta técnica se ha podido hacer un seguimiento mensual en alcohólicos sin lesión neurológica aparente y observar el crecimiento de los ventrículos y la atrofia cere-

bral. Este hecho es muy importante porque demuestra que aun en el alcohólico social se producen alteraciones neurológicas.

Los cuadros neurológicos son producidos por una diversidad de factores. El primero de ellos es la falta de ingestión de vitaminas y nutrientes porque el alcohólico, cuando comienza a beber, generalmente deja de comer.

Un segundo factor es la distorsión de los sistemas enzimáticos de las vitaminas. El alcohol interfiere y corta algunos de ellos, determinando grados variables de desabsorción. Un tercer factor es la acción directa tóxica del alcohol en el organismo, sobre todo en las áreas más sensibles a sus efectos, como el cerebro y los nervios periféricos, el hígado, el estómago y el corazón.

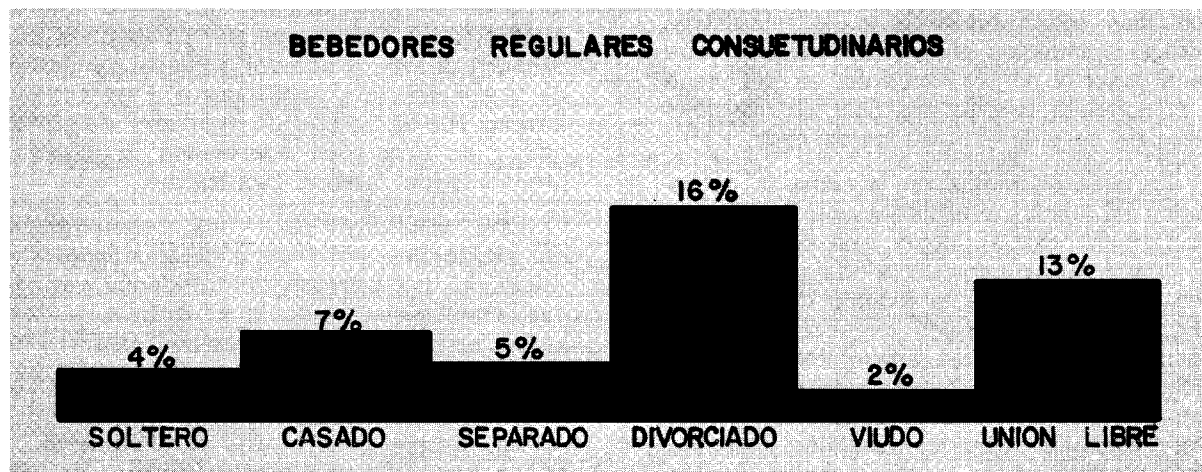
El alcoholismo es responsable de gran número de paros cardíacos por lesiones agudas del miocardio.

Son problemas de difícil abordaje, puesto que tampoco admiten considerar el fácil recurso de administrar sobredosis abundantes de complejos vitamínicos y minerales.

Esto es así porque existen ciertas reglas de biodisponibilidad y de excreción de vitaminas que determinan que si se dan grandes dosis se producen consecuentemente grandes eliminaciones. Entonces es posible que después de administrar estas grandes dosis, que comercialmente se anuncian como muy efectivas, el paciente tenga menor cantidad de vitaminas que al iniciar el tratamiento.

¿Los diferentes tipos de alcohol actúan de manera semejante en el organismo?

No sólo influyen los diferentes tipos de alcoholes sino también el caso de alcoholes



ALCOHOLISMO

que ya han terminado su fermentación o que la concluirán en el organismo, la graduación y pureza, el origen y la cantidad de alcohol que contiene la bebida en proporción, desde el 11% en los vinos de mesa hasta el 50% que tienen algunas ginebras.

Está definitivamente demostrada la estrecha relación que hay entre la cantidad de alcohol puro ingerida y los daños a nivel cerebral y hepático. Por ejemplo, un grupo londinense demostró que personas que ingieren 300 cm³ de alcohol puro por día van a desarrollar una cirrosis en un plazo aproximado de tres años, coman bien o no. Antiguamente se pensaba que el alcohólico que comía bien no sufría mayores consecuencias, pero hoy esta hipótesis está descartada. Puede que los daños sean menores, pero los sufre igual.

En este mismo contexto, las bebidas más industrializadas son más tóxicas que las naturales e incluso hay alcoholes industriales que tienen efectos letales a muy bajas dosis.

El alcohol metílico por ejemplo, ya ocasionó muchas muertes.

En una ocasión que recuerdo, en Monterrey, quedó una góndola con una cantidad de alcohol metílico. Alguien lo probó, vio que era agradable, se lo repartieron, y el que no murió se quedó ciego. También hay antecedentes de esto mismo en los Estados Unidos, especialmente en la época de la prohibición.

¿Cuáles son los efectos neurológicos?

Lo habitual es que aparezcan dos o tres síndromes simultáneos y lo más frecuente es la polineuritis asociada al deterioro cerebral. El síndrome de Korsakoff es una entidad que no vemos mucho los neurólogos porque más bien pertenece a la psiquiatría, pero sí atendemos el tipo de pacientes que hace cosas y no las recuerda, el que viene a la consulta porque «perdió» un día completo de su vida y no recuerda nada.

También se recibe en la consulta neurológica un cuadro muy interesante de asociación alcoholismo-epilepsia, con distintas variantes. Por ejemplo, que la crisis convulsiva se presente durante la ingesta de bebida o bien durante el periodo de abstinencia, es decir en las 72 horas subsiguientes. Estos ataques son famosos entre los marinos en los tres días posteriores a dejar un puerto y se conocen como los «ataques del ron». En la marina inglesa todavía subsiste una re-

glamentación que obliga a la tripulación a beber cada mañana, a las 11, un poco de ron con agua para prevenir esas crisis.

Otras posibilidades son que el paciente sea un epiléptico y que el alcohol actúe como un desencadenante de la crisis, o bien un cuarto caso, de epilepsia temporal, cuando el paciente tiene una lesión en el lóbulo temporal en que el alcohol actúa como un activador específico.

El diagnóstico de los cuadros neurológicos, especialmente cuando no se cuenta con todos los recursos técnicos, suele presentar algunas dificultades.

La polineuritis alcohólica se caracteriza por dolor y debilidad en los miembros inferiores. Como no es raro que el paciente oculte el antecedente alcohólico el diagnóstico se vuelve más difícil, pero hay claves para sospecharlo, especialmente en la asociación de ataque a los pares craneales, los reflejos pupilares lentos a la luz, la presencia del temblor característico y en ocasiones las pequeñas mioclonias. La polineuritis alcohólica es un proceso degenerativo crónico, mezcla de polineuritis carencial y tóxica.

Los otros cuadros, aunque menos habituales, también merecen alguna explicación. La pseudotabes alcohólica, por ejemplo, se presenta en bebedores de grandes cantidades de alcohol de baja graduación. En estos pacientes se producen lesiones ganglionares que afectan al cordón posterior de la médula y producen un cuadro muy similar a la tabes dorsal.

La polienccefalitis hemorrágica superior descrita por Wernicke tiene varios grados en sus fases iniciales, desde un simple trastorno de convergencia de los ojos o alguna otra forma de oftalmoplegia. Cuando es severa se asocia a estupor u oscurecimiento de la conciencia y ataxia grave. Este cuadro alterna con episodios de rigidez y opistótonos y en ocasiones sobreviene la muerte, precedida de intensa taquicardia.

Este cuadro produce una degeneración de los tejidos alrededor del acueducto de Silvio, lo que provoca deformidades varicosas, endoteliales y de la adventicia de los vasos sanguíneos, determinando finalmente la degeneración subaguda y necrosis del parénquima.

En el caso de la atrofia cerebelosa alcohólica hay daño con ataxia, temblor de ac-

ción, adiadococinecia. Se presenta habitualmente después de la ingestión aguda y masiva del alcohol más que en el alcoholismo crónico. Es interesante saber que esta misma enfermedad se puede producir experimentalmente en pollos, con dietas carentes de vitamina E.

¿Podría describir otros cuadros menos frecuentes?

La enfermedad Marchiafava-Bignami es común en Italia, especialmente entre los tomadores del Chianti. Se caracteriza por la degeneración de la parte central del cuerpo calloso y de las áreas simétricas de la sustancia blanca de los hemisferios cerebrales. Es una leucoencefalopatía. Clínicamente se presenta como una demencia en la que el paciente está silente y espontáneamente no realiza movimientos. En ocasiones sigue al examinador con los ojos, tiene apraxia y trastornos del lenguaje, que le hacen parecer al mutismo.

También he mencionado más arriba el hematoma subdural como secundario al alcoholismo y esto es así porque es habitual que el paciente reciba traumatismo de los que no guarda recuerdo. Posteriormente presenta un cuadro de deterioro progresivo sin síntomas neurológicos localizadores. Siempre hay que sospechar la posibilidad de un

hematoma subdural bilateral y afirmarlo por medio de la ultrasonografía, electroencefalografía o tomografía axial computarizada.

El delirium tremens se presenta también en la intoxicación con tetraetilo de plomo. En cuanto a la psicosis de Korsakoff, ésta es manifestación de deficiencias vitamínicas, de envenenamientos crónicos con otras sustancias, de la adicción a la morfina y a la cocaína, de la disentería, la tuberculosis y otras enfermedades que provocan agotamiento y de una enfermedad que es poco diagnosticada, la porfiria aguda intermitente; no son trastornos debidos específicamente al alcoholismo.

También es oportuno mencionar un cuadro bastante curioso que afecta un solo nervio y que es habitual en las consultas: la parálisis del «sábado a la noche».

Se trata de una parálisis del nervio radial. Este nervio se ataca de un modo muy particular pero el diagnóstico resulta fácil.

El paciente alcohólico se queda dormido sobre el brazo después de haber bebido intensamente determinando la parálisis. Esta consiste en una incapacidad de elevar la mano, que toma una posición típica que los viejos clínicos llaman «en gota». Es un cuadro muy claro, que tarda de cuatro a seis sema-

TIPO DE BEBIDA DE CONSUMO MAS FRECUENTE.

	BEBEDORES REGULARES			TOTAL		
	PE	PP	%	PE	PP	%
VINO O PULQUE	136	250 000	20	136	250 000	5
CERVEZA	306	544 000	43	306	544 000	11
WHISKEY, VODKA, ETC.	188	374 000	29	188	374 000	7
TEQUILA, MEZCAL Y AGUARDIENTE	54	101 000	8	54	101 000	2
POBLACION TOTAL ENTREVISTADA	684	1 268 000	100	2733	4 982 000	100

ALCOHOLISMO

nas en recuperarse y tiene un muy buen pronóstico.

En realidad, este cuadro no está vinculado con el alcoholismo más que en un punto, que lo define cabalmente: nadie en estado de lucidez se duerme tan profundamente como para no sentir el paulatino adormecimiento y despertar antes que la parálisis se haga permanente.

Pienso que el médico general debería estar preparado para diagnosticar estos cuadros neurológicos. También creo que cometimos un error hace ya tiempo, cuando pensamos que lo que se necesitaba en esta materia era formar muchos neurólogos. Ahora sabemos que lo mejor es enseñarle al médico general, que es el que tiene un primer contacto con el paciente. En términos precisos no sé qué calificación tengan los profesionistas en este campo, puesto que no hay estudios al respecto. Eso sí, tengo la impresión de que en el nivel de pregrado no se pone el énfasis que sería deseable, especialmente por la difusión del alcoholismo en México y conociendo que la cirrosis hepática postalcohólica es una de las principales causas de mortalidad.

¿Cuáles son los tratamientos terapéuticos?

Las políticas son generalmente rehabilitativas porque tenemos escasas drogas que no sean placebo. Hay muchas en el mercado que se anuncian como efectivas pero pocas lo son realmente.

En la polineuritis, la orientación principal consiste en fortalecer los músculos. Para este objetivo se utilizan tinas especiales donde el paciente puede nadar. Recibe masajes y otras técnicas, similares a las del tratamiento de la poliomielitis. Incluso se aplican unos marcapasos eléctricos para ayudar a los músculos a moverse.

En las lesiones del tronco cerebral se aplican técnicas semejantes. Se les mejora la marcha y se hacen ejercicios para eliminar la ataxia o desequilibrio que presenta el paciente, con resultados aceptables en la mayoría de los casos.

Todo esto, se sobrentiende, si el paciente ya dejó de beber. Si todavía continúa ingiriendo bebidas alcohólicas no pueden esperarse resultados positivos sino que por el contrario, la muerte del enfermo es la consecuencia casi segura. De hecho, el pacien-

te que todavía bebe es prácticamente inmanejable.

Finalmente el doctor Julio Hernández Peniche hace hincapié en una cuestión que suele pasar inadvertida en muchos casos: la relación diabetes-alcoholismo.

Esta asociación es muy peligrosa desde ambos términos, más del 30% de los varones con diabetes que yo vi en un servicio de nutrición tenía problemas de alcoholismo. La combinación resulta seria porque el alcohólico deja de comer y como diabético puede entrar fácilmente en acidosis.

El alcohólico mexicano consume bebidas muy azucaradas y con mucha cafeína. La clase baja consume mucho la llamada "cuba libre", que tiene mucha azúcar y cafeína, especialmente la que se prepara con rones corrientes. Por fortuna el número de alcohólicos aficionados al pulque ha disminuido en el Distrito Federal, cediéndole el lugar a los bebedores de cerveza. que aunque tenga 4 o 5 grados de alcohol resulta considerablemente menos dañina.