

Estudio del llamado síndrome vestibulo-espinal de Barré o síndrome de desequilibrio puro

M. Balcells

Servicio de Neurología. Hospital Universitari del Sagrat Cor, Barcelona, España.

RESUMEN

El 14 de marzo de 1925, Jean Alexandre Barré presentó a la Société d'Oto-Neuro-Oculistique de Strasbourg una comunicación titulada 'Ensayo sobre un síndrome de las vías vestibulo-espinales'. Describía el caso de un hombre de 54 años que bruscamente presentó vértigo incapacitante que le obligó a guardar reposo absoluto unos días. Según el autor, se trataba de una nueva entidad clínica, pero, con prudencia, comentaba que futuros estudios neuropatológicos debían confirmar la realidad del síndrome. Entre sus características clínicas, destacaban una especial marcha a pequeños pasos, que se distinguía de la marcha que presentan los cuadros de déficit piramidal, extrapiramidal y cerebeloso.

En 1931, Antonio Subirana, discípulo de Barré, exponía en su tesis doctoral 12 casos de este síndrome, detallando la semiología y las características del diagnóstico diferencial.

El estudio del síndrome vestibulo-espinal de Barré nos muestra una vez más el gran valor de la semiología y que muchas veces síndromes o signos descritos antaño son olvidados o pueden pasar sin diagnóstico en el presente.

PALABRAS CLAVE

Síndrome vestibulo-espinal de Barré, síndromes neurológicos, semiología

En la sesión del 14 de marzo de 1925 de la Société d'Oto-Neuro-Oculistique de Strasbourg, Jean Alexandre Barré (1880-1967) (figura 1) presentó una comunicación titulada 'Ensayo sobre un síndrome de las vías vestibulo-espinales'¹. Se describía el caso de un hombre de 54 años que bruscamente presentó vértigo incapacitante que le obligó a guardar reposo absoluto unos días. Posteriormente, al abandonar el reposo, fue incapaz de mantener la posición vertical, presentando astasia-abasia. Después de una mejoría del cuadro, inició la marcha. Esta era lenta y a pequeños pasos.

La exploración clínica descartó la existencia de signos clínicos de naturaleza piramidal, cerebelosa y extrapiramidal. El enfermo presentaba alteraciones del equilibrio, pulsiones y signo de Romberg positivos hacia la izquierda, igualmente en la prueba de los brazos extendidos, estos se desviaban hacia la izquierda. No se observó nistagmus.

Se descartó clínica motora deficitaria con las maniobras de Mingazzini y Barré, normalidad de reflejos y ausencia de espasticidad, aunque se observó déficit motor de los músculos psoas y cuádriceps. Con el enfermo en decúbito, la maniobra talón rodilla era normal, presentando imposibilidad de cambiar su posición de decúbito supino a prono y viceversa.

El autor atribuyó el cuadro clínico a un déficit de las vías motrices vestibulo-espinales, destacando en la clínica la astasia-abasia, la marcha a pequeños pasos, con características propias, y el déficit en el cambio de decúbito.

Según el autor, se trataba de una nueva entidad clínica, pero, con prudencia, comentaba que futuros estudios neuropatológicos debían confirmar la realidad del síndrome.

En 1931, Antonio Subirana (1903-1992), formado en Estrasburgo, en la Clínica Neurológica que Barré dirigía en el Hospital Civil, con el cual gestó una gran amis-



Figura 1. Prof. Jean Alexandre Barré (1880-1967). Archivo Histórico de la SEN.

tad profesional y personal, presentó su tesis doctoral, titulada *El síndrome vestibulo-espinal de Barré o síndrome del desequilibrio puro*² (figura 2).

En su tesis destacaba tres aspectos: 1) la originalidad del tema, ignorado en la actualidad, 2) su base estrictamente semiológica y 3) la justificación neurofisiológica, basada fundamentalmente en el diagnóstico diferencial.

Inicialmente, se resaltaba que clásicamente la función motora se relacionaba con el haz piramidal; pero las últimas aportaciones clínicas y anatómicas justificaban que las vías estrio-retículo-rubro-vestibulo-espinales se relacionaban con la función motora en su sentido inconsciente.

Señalaba que el fascículo vestibulo-espinal fue descrito por Marchi, como parte integrante del sistema extrapi-

ramidal y que diversos estudios delimitaron la anatomía de este fascículo en su integridad anatómica.

Fue Barré en 1925 quien valoró clínicamente que en enfermos afectos de un síndrome cerebeloso, la exploración detallada detectaba signos vestibulares que eran infravalorados o que se incluían dentro del déficit cerebeloso. Según Subirana, Barré describió el primer caso de síndrome vestibulo-espinal o síndrome del desequilibrio puro.

El autor comentaba que ciertas formaciones del aparato vestibular se encontraban situadas en el cerebelo, lo que justificaría atribuir, a una lesión de esta formación anatómica, trastornos debidos únicamente a la disfunción del aparato vestibular. La estrecha relación anatómica cerebelo-vestibular, justificaba que en la mayoría de procesos patológicos coexistían manifestaciones clínicas de ambas estructuras neurológicas.

Al describir el síndrome vestibular, resaltaba que así como una lesión cerebelosa produce clínica hemilateral, la lesión vestibular siempre produce manifestaciones bilaterales aunque predominando en el lado de la lesión, por lo que el autor reclamaba la autonomía del mismo.

La instauración es íctica o rápidamente progresiva, destacando como signo inicial la claudicación transitoria de las extremidades inferiores, *effondrement sur place*, según Barré. Vértigo intenso que dura varios días; al intento de adoptar la posición bípeda, el enfermo presenta astasia-abasia. Paradójicamente, en posición de decúbito puede movilizar sus extremidades y realizar correctamente las maniobras dedo-nariz y talón-rodilla. El enfermo no puede cambiar su posición de decúbito supino a prono o viceversa.

El estudio de la función piramidal, con las maniobras de Mingazzini y Barré, son normales, lo que descartaba un déficit piramidal; pero se comprobaba un leve déficit proximal, que se manifestaba con la maniobra del psoas de Barré. El enfermo, en posición análoga a la de prueba de Mingazzini, presentaba claudicación proximal del muslo por fallo del psoas y conservación de la fuerza distal a nivel de piernas y pies.

La evolución del cuadro era lentamente regresiva, persistiendo la marcha a pasitos (*à petits pas*) levantando levemente los pies sin arrastrarlos, a diferencia de la marcha pseudobulbar, sin apenas ampliar la base de sustentación ni presentar incoordinación. El resto de manifestaciones clínicas regresaban notablemente, pero la alteración de la marcha persistía.

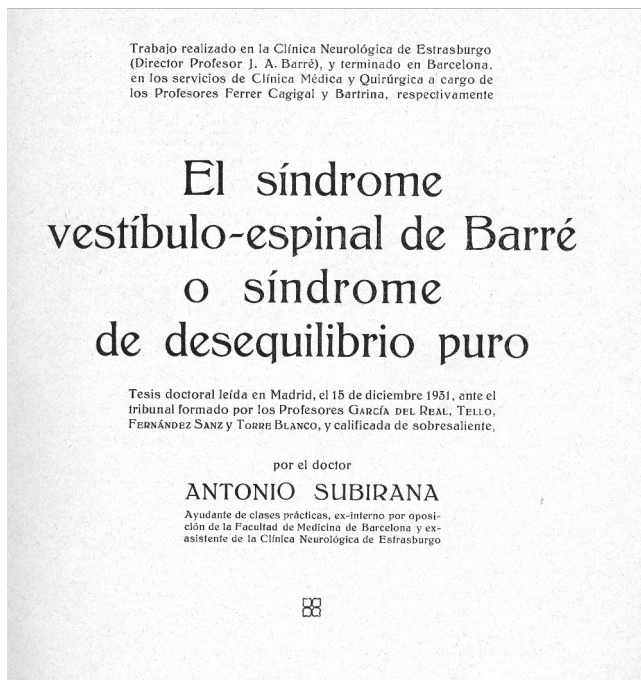


Figura 2. Portada de la tesis doctoral El síndrome vestibulo-espinal de Barré o síndrome del desequilibrio puro, 1931. Archivo Histórico de la SEN.

El autor señaló la existencia de formas asociadas, caracterizadas por la presencia de signos cerebelosos y signos piramidales. Todo ello era debido a la extensión de las lesiones a centros cercanos.

En la tesis, el autor aportaba el estudio de 12 enfermos. La historia clínica es detalladísima y la exploración exhaustiva; ello permite relacionar la actitud del autor en consonancia con la época de esplendor de la semiología y la exploración clínica. El diagnóstico diferencial es muy extenso; en el mismo el autor hace gala de un profundo conocimiento de la semiología (figura 3).

En relación con la marcha, afirmaba que en el síndrome vestibulo-espinal esta posee una autonomía clínica indiscutible, destacando la ausencia de signos piramidales, parkinsonianos y cerebelosos, presentes en la marcha de los enfermos pseudobulbares y lacunares.

Con respecto al diagnóstico de los trastornos de la marcha en las lesiones cerebrales, en especial en la llamada ataxia frontal de Bruns, Subirana apoyaba la opinión de Clovis Vincent, el cual afirmaba que la ataxia frontal sería secundaria a una alteración laberíntica por hipertensión intracraneal secundaria a un tumor o a hidro-

cefalia, descartándose la ataxia por una lesión pura del lóbulo frontal.

Se citaban las aportaciones de Schilder y Gerstmann, que consideraban la apraxia como causa de las alteraciones de la marcha en casos de lesión del lóbulo frontal. En los mismos, el cuadro se caracteriza por astasia-abasia, hipocinesia y trastornos psíquicos. Todas estas manifestaciones permitían diferenciar el cuadro con el síndrome propio de la tesis.

Señalaba el autor en su tesis, que Vernière en 1909 había definido la astasia-abasia como un síndrome caracterizado por la capacidad de realizar los diferentes movimientos de la marcha al estar el enfermo en decúbito, pero no pudiendo mantenerse en pie (astasia) ni caminar (abasia). Asimismo, Dejerine consideró este cuadro como de naturaleza funcional, Bonnier en 1903 señaló el origen vestibular de la astasia-abasia y posteriormente Guillain y Barré demostraron la organicidad por lesión laberíntica en casos de traumatismos craneales por heridas de guerra.

Entre las conclusiones de la tesis, destacan los siguientes puntos: 1) el cuadro se inicia por vértigo muy intenso seguido de astasia-abasia que contrasta con que el enfermo en decúbito puede realizar movimientos voluntarios con coordinación y fuerza normales, aunque tiene imposibilidad o gran dificultad de cambiar la posición de decúbito. Las maniobras de Mingazzini y Barré son negativas, con positividad de la prueba del psoas de Barré. No hay nistagmus y como signo premonitorio se presenta *effondrement sur place*; 2) En el periodo de estado se presenta una marcha a pequeños pasos y los signos de Romberg y de la plomada de Barré muestran las características del origen vestibular; 3) Las formas asociadas con clínica cerebelosa no tienen un pronóstico tan favorable como las formas vestibulares puras; 4) En lo referente a la etiología, la edad de los enfermos y la forma de presentación hacen creer con toda verosimilitud un origen vascular.

La 7ª y última conclusión, la transcribimos literalmente para justificar la crítica del síndrome en estudio.

Si las investigaciones anatómo-patológicas vienen a demostrar, un día, que esta hipótesis no es cierta y que el cuadro presentado por nuestros enfermos es debida a causas otras que la alteración de las vías vestibulo-espinales, siempre le quedará a nuestro maestro el mérito de haber individualizado clínicamente un nuevo síndrome que, aun cuando dejase de llamarse vestibulo-espinal, merecería conocerse siempre por el nombre de síndrome de Barré^{2(p73)}.



Figura 3. Síndrome vestibular fotografiado por el Dr. Antonio Subirana, discípulo de Barré, en marzo de 1930. Archivo Histórico de la SEN.

Conclusiones

El estudio del síndrome vestibulo-espinal de Barré, ampliamente expuesto en la tesis de Subirana, nos muestra una vez más el gran valor de la semiología y que muchas veces síndromes o signos descritos antaño son olvidados o pueden pasar sin diagnóstico en el presente. Al respecto, llama la atención que dentro de los llamados síndromes lacunares, profundamente estudiados por C.M. Fisher³, no se describe el síndrome vestibulo-espinal o de desequilibrio puro. Quizás un estudio clínico exhaustivo permitiría, aun hoy en día, diagnosticar algún caso del llamado síndrome vestibulo-espinal de Barré.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Barré JA. Essai sur un syndrome des voies vestibulo-spinales (présentation d'un malade). *Revue d'oto-neuro-oculistique*. 1925;3(4):283-8.
2. Subirana A. El síndrome vestibulo-espinal de Barré o síndrome del desequilibrio puro [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Central; 1931.
3. Fisher CM. Lacunes: small, deep cerebral infarcts. *Neurology*. 1965;15:774-84.