

Comentario sobre el artículo de la Doctora Paulina Satanowsky

Publicado en Archivos de Oftalmología de Buenos Aires 1925; 1:94-97

# Bléfaro-espasmo histérico

## Autor:

Dr. Roberto Ebner

Unidad de Neurooftalmología

Jefe de Oftalmología, Hospital Británico de Bs. As.



Hace casi cien años, la Dra. Paulina Satanowsky (PS) (Fig. 1), publica en la recientemente surgida revista Archivos de Oftalmología de Buenos Aires, en su vol. I, la primera referencia en la literatura nacional de un síndrome poco conocido, el blefaroespasmo (BEF) <sup>1</sup>.

A pesar de casi un siglo de investigación, este cuadro continúa siendo un síndrome de diagnóstico elusivo.

Hoy casi 100 años después, el Dr. Julio Fernández Mendy, actual director de Archivos Argentinos de Oftalmología (continuador de Arch de Oftalmol de Bs. As.) me hace el honor de designarme discuti-dor de ese histórico trabajo.

La interesante manera en que Paulina Satanowsky describe el BEF y lo considera histérico, el lenguaje utilizado en la época, así como las observaciones semiológicas realizadas, hacen de este artículo, una obra de arte.

Cuando las neuroimágenes no existían y la Rx de cráneo era el gold estándar y el tratamiento muy limitado, la observación clínica lo era todo.

## PS observa cómo se presenta el BEF, en forma tónico-clónica.

Las contracciones del orbicular de los párpados en ocasiones eran de tipo clónica, abrupta, en salvas, incoercibles y en otras eran tónicas, provocando el cierre palpebral sin relajación posterior e impidiendo la apertura de los mismos. Finalmente se producían combinaciones de estas dos modalidades.

## PS observa con qué se asociaba el BEF y cuándo se desencadenaba.

La presencia de alteraciones conjuntivales (conjuntivitis folicular) y epífora ocasional, se deben a que el constante parpadeo (clónico) exige de la glándula lagrimal una acelerada producción de lágrimas que en ocasiones exceden su nivel de captura por los puntos lagrimales. Una lágrima más ácida y de diferente osmolaridad genera cambios irritativos en la conjuntiva de estos pacientes.

Los espasmos del orbicular se presentaban más intensamente al fijar la mirada, al ser observados por una persona o al observarse al espejo.

Esto es así, la tensión emocional aumenta las contracciones, así mismo disminuyen cuando el paciente realiza alguna tarea con los músculos faciales (hablar, gesticular, mascar).

Interesante observación realiza al describir el bloqueo del blefaroespasmo al comprimir las ramas del trigémino o presionar las vértebras.

Al provocar un input negativo sobre el trigémino en su descarga hacia los ganglios de la base, logra mermar el BEF temporalmente.

Por último es llamativo el fenómeno de amortiguación del BEF en posición horizontal, como si la acción del utrículo fuese relevante en la interrupción del BEF.

**La Dra. Satanowsky observa características etarias**, hace referencia al BEF en los jóvenes como un hecho asociado a la histeria mientras que en la forma senil se trataría de un fenómeno más duradero y de distinto origen.

En efecto, es el BEF esencial el que se presenta en sujetos de edad madura, mientras que en la infancia o juventud tiende a encuadrarse bajo la modalidad de un "tic". Más raramente los tics de la infancia o juventud terminan asociándose al Síndrome de Tourette.

**Además observa su complejidad**, al describir la coexistencia de contracciones de otros músculos faciales y cefálicos junto al BEF.

¿A qué síndrome estaba haciendo referencia PS en ese caso?

En aquella época, el Index Medicus (IM) era la forma de saber qué cosas se publicaban en el mundo médico. Nacida en 1879, compiló las publicaciones de revistas "indexadas" hasta 2004, fecha en que MEDLINE tomó su relevo. El IM era una publicación periódica, en grandes volúmenes, que se consultaban en bibliotecas, consumiendo un tiempo importante en la búsqueda del material, tema o artículo deseado. Era por tanto difícil saber para PS que apenas unos años antes, Henry Meige, había descrito ya ese síndrome y que luego llevaría su nombre <sup>2</sup> (Fig. 2).

El cuadro Brueghel conocido como "El bostezador", es una de las más antiguas expresiones pictóricas del Síndrome de Meige.

Las descripciones de PS sobre el BEF, son exactamente las manifestaciones que el oftalmólogo observa hoy en día frente a un caso similar.

En las últimas décadas, el Blefarospasmo ha sido estudiado en sus aspectos genéticos, metabólicos, degenerativos, con neuroimágenes, con resonancias magnéticas funcionales, etc. <sup>3-10</sup>, cuenta con descripciones fisiopatológicas diversas, pero no echan luz aún sobre su etiología.

Una perla rescatada de las páginas de Paulina Satanowsky, es la sugerencia de la Ovarina para el tratamiento de su caso. Este suplemento de origen natural es un compuesto que existe hasta nuestros días y se lo indica para los malestares del ciclo femenino (Sic).

¿Qué ventaja nuestra época de la de PS en el terreno del Blefarospasmo? El advenimiento de la toxina botulínica para el tratamiento de esta entidad.

Fue Alan Scott, quien habiendo ya utilizado las propiedades de la toxina botulínica tipo A para el tratamiento del estrabismo, comienza a implementarla en el tratamiento del BEF y diseña un mapa de puntos a inyectar debilitando temporariamente al orbicular y otros músculos participantes (procerus, corrugador, frontal, nasal, cigomático mayor) <sup>11</sup>.

Hace solo 30 años, acompañado por el Dr. Julio Manzitti, publicamos por primera vez en la Argentina, el uso de la toxina botulínica para el trat-



Figura 1: Dra. Paulina Satanowsky.



Figura 2: Henry Meige.



Figura 3: Pintura del S. XVI de Pieter Brueghel, "El bostezador".

amiento del BEF y del hemiespasmo facial. Ese artículo me une emocional y académicamente con la Dra. Satanowsky <sup>12</sup>.

El concepto de Blefarospasmo “histérico” puesto en términos actuales, correspondería al de un síndrome “funcional”, estableciendo que no hay una causa orgánica específica responsable de su aparición y sí, probablemente existiría un origen “emocional”.

Es frecuente encontrar en el interrogatorio de pacientes con BEF un origen emocional impactante. Este concepto “emocional” o “no orgánico” es aún vigente, por cuanto el estudio de pacientes con BEF no necesariamente requiere neuroimágenes.

Para mis contemporáneos el nombre de la Dra. Paulina Satanowsky sonaba con afecto en los labios de nuestros maestros, pues muchos de nosotros no la conocimos.

Con estas líneas quiero expresar mi homenaje a quien fuera la primera oftalmóloga de Argentina y Sudamérica, la única mujer en alcanzar la presidencia de la Sociedad Argentina de Oftalmología, respetada por sus pares y que se ha ganado un lugar en la historia de la oftalmología argentina.

Julio Fernández Mendy, ha sido un privilegio, gracias, Roberto Ebner.

#### Referencias

1. Satanowsky Paulina. Blefaro-espasmo histérico. Arch Oftalmol Bs As 1925;1:94-97.
2. H. Meige. Les convulsions de la face, une forme clinique de convulsion faciale, bilaterale et mediane. Revue Neurologique, Paris 1910;20:437-443.
3. Baker, Robert S. et al.. A Functional Magnetic Resonance Imaging Study in Patients with Benign Essential Blepharospasm.. J of Neuro-Ophthalmol 2003;23:11-15.
4. Federico F. et al. Proton magnetic resonance spectroscopy in primary blepharospasm. Neurology 1998;51:892-5.
5. Zhou B. et al.. A resting state functional magnetic resonance imaging study of patients with benign essential blepharospasm. J Neuroophthalmol. 2013;33:235-40.
6. Horovitz, S G et al.. Anatomical correlates of blepharospasm. Transl Neurodegener 2012;1:1-12.
7. Hallett M. et al.. Blepharospasm, Recent advances. Neurology 2002;59:1306-1312.
8. Jankovic J. and Patel Sh.C. Neurology. September 01, 1983; 33 (9).
9. Blepharospasm associated with brainstem lesions. Neurology 1983;33:1237-40.
10. Nociti V. et al.. Movement disorders in multiple sclerosis: causal or coincidental association. Mult Scler 2008;14: 1284-1287.
11. Defazio G. et al.. Genetic Contribution to Idiopathic Adult-Onset Blepharospasm and Cranial-Cervical Dystonia. Eur Neurol 1993;33:345-350.
12. Scott A. et al. Botulinum A Toxin injection as a treatment for blefarospasmo. Arch Ophthalmol 1985;103:347-50.
13. Ebner R. y Manzitti J.. Toxina botulínica en el tratamiento del blefaroespasmo y del hemiespasmo facial. Arch Oftalmol Bs As 1991;66:1-7.

**A continuación compartimos el artículo original de la doctora Paulina Satanowsky publicado en la Revista Archivos de Oftalmología de Buenos Aires en el año 1925:**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE BUENOS AIRES  
CÁTEDRA DE CLÍNICA OFTALMOLÓGICA — PROF. DR. R. ARGANARAZ

## Blefarro-espasmo histérico

POR LA

DRA. PAULINA SATANOWSKY

El blefarro-espasmo, manifestación bastante frecuente como secundaria a afecciones oculares, especialmente inflamatorias, aunque no siempre están en relación directa de intensidad, se hace más raro cuando no responde a una causa local, constituyendo el blefarro-espasmo esencial.

El blefarro-espasmo puede determinar a su vez ciertas afecciones oculares, como ser: ectropion, entropion, triquiasis, epífora, congestión conjuntival, etc. De modo que cuando un enfermo se nos presenta con una lesión ocular externa y además blefarro-espasmo, muchas veces no sabemos interpretar cuál ha sido la primitiva y cuál la secundaria.

Es en estas condiciones que se nos presenta el 9 de marzo de 1923 (Libro III, Historia N.º 6987), Francisca M., de 52 años de edad, casada, planchadora.

Se observa blefarro-espasmo en ambos ojos, conjuntivitis crónica folicular, con erosión de la piel de los ángulos externos de los párpados.

Se le indica tratamiento con sulfato de cinc, y como nos dijera que se sentía algo nerviosa, le manifestamos la conveniencia de consultar a un clínico.

La enferma se hacía las curaciones con el medicamento indicado y sin volvernos a ver consulta en el

mes de mayo a un clínico, quien nos la envía nuevamente a fin de comunicarle el diagnóstico de la afección ocular.

Es entonces, el 15 de mayo de 1923 que se nos presenta nuevamente, e interrogándola nos dice que hace más o menos dos años notó como un chispa en el O. I., poco tiempo después dolor de cabeza (en la frente y en la nuca). Medio año más tarde empieza a notar que sus ojos se cierran con fuerza, que durante algunos días el cierre es continuo y otros solo durante ciertos momentos. La contracción de los orbiculares era tan intensa a veces que le impedía ver.

El blefaro-espasmo se presentaba en igual forma a la luz que en la oscuridad, se acentuaba al fijar la mirada, especialmente cuando miraba a otra persona o se miraba en el espejo. Acostándose sobre la espalda, desaparecía, lo mismo que sentada en una silla apoyando el cuello contra el respaldo y aún simplemente comprimiendo con la mano las vértebras cervicales.

Al mismo tiempo sentía ardor en los ojos y tenía epífora.

A medida que pasaba el tiempo las contracciones tónicas se hacían más raras, de menos duración, dejando lugar a las contracciones clónicas (parpadeo) y desde hace más o menos 5 meses nota movimientos de la cabeza como temblores.

*Estado actual.*—O. D. Blefaro-espasmo intenso y Omovimientos de lateralidad de la cabeza. O. D. D. Conjuntivitis folicular y O. D. Catarata incipiente.

O. D. =  $\frac{2}{8}$  con Esf. + 0.75 = 1 difícil.

O. I. = 1

Presbicia: Pr. O. D. Esf. + 3.25

O. I. Esf. + 2.50 (cerca)

Fondos de ojo: normales.

El campo visual que se intentó hacer resulta normal para el blanco, pero un entrecruzamiento tal para los co-

lores, que era imposible representarlo (campo visual de histéricos).

Las contracciones de los párpados son clónicas, es decir, se manifiestan como parpadeo muy frecuente e intenso, a pesar de que en ciertos momentos se hacen tónicas, manteniendo los ojos cerrados durante varios segundos, y por consiguiente, sin visión.

Concentrando la luz sobre los ojos, el espasmo no aumenta. En cambio se acentúa cuando fija la mirada en alguna persona y cesa en los momentos de distracción, como por ejemplo, durante el examen oftalmoscópico. Desaparecen también por presión sobre las vértebras cervicales, sobre las ramas del trifemino; supra e infraorbitarios.

Al mismo tiempo llaman la atención las sacudidas espásticas de la cara y que son más intensas cuando más fuerte es el blefaro-espasmo.

También hay temblor en la lengua y ligero temblor de las manos en extensión.

El examen clínico revela solamente insuficiencia ovárica (menopausa). Todo lo demás, normal.

— — —

Como se deduce, la conjuntivitis folicular y epífora no constituyen la afección primitiva, como se creyó al principio, sino secundarias al blefaro-espasmo.

Eliminadas las causas de origen local, nos inclinamos a creer que se trate de un blefaro-espasmo esencial histérico o senil.

El primero se observa en general en personas jóvenes, especialmente en mujeres, bajo forma de contracciones tónicas, desaparece espontáneamente con el tiempo; el segundo es de las personas de edad, resiste largo tiempo al tratamiento y queda a veces incurable; se presenta bajo forma de contracciones clónicas, raras veces tónicas.

En el blefaro-espasmo histérico se pueden encontrar puntos, generalmente en el trayecto de las ramas del tri-

jemino, que al ser comprimidos hacen desaparecer el espasmo. A veces estos puntos se encuentran fuera del dominio de las ramas del trijemino y con frecuencia el mismo enfermo los encuentra en los cartílagos costales, columna vertebral, brazo o pierna, etc.

El blefaro-espasmo senil generalmente es un síntoma de un espasmo general de la cara y se pueden encontrar también puntos de comprensión que hacen cesar el espasmo.

¿A cuál de estas dos categorías responde nuestra enferma?

Por la edad a la segunda, pero por la forma a la primera.

Se ha iniciado con contracciones tónicas que han ido esparciéndose cada vez más, dejando lugar a las clónicas.

La mejoría de la enferma desde el comienzo hasta el presente.

Los múltiples puntos de comprensión que presenta y que hacen desaparecer por completo no sólo el espasmo del orbicular, sino también el de toda la cara. La edad de la enferma; la coincidencia de la aparición de los síntomas con la menopausa, hablan también en favor del espasmo histérico.

Como tratamiento se le indica al mismo tiempo que comprensión a la altura de los supraorbitarios, comprimidos de ovarina y en caso de que fuera muy rebelde, el profesor Jorge aconseja injerto de ovario.