

no son tolerados igualmente bien por todos los pacientes, por lo que puede considerarse el empleo de uno distinto en un paciente que haya sufrido el cuadro meníngeo, una vez comprobada la tasa de infusión ajustada al peso del paciente y que éste tiene una correcta hidratación [16], aunque esto no asegura que no aparezcan nuevos episodios. Si bien se ha propuesto que el empleo de corticoides podría proteger de los efectos secundarios de las IgIV, no se ha demostrado su utilidad [12,17].

Ante la sospecha de una meningitis aséptica secundaria al tratamiento con IgIV, debe interrumpirse el tratamiento y manejar los síntomas (analgesia, antitermia, antiemesis). Puede ser útil fomentar la ingesta de líquidos y la administración de sueros salinos puede acelerar la resolución de la cefalea [13]. Tener en mente esta complicación ayudará en el diagnóstico diferencial y a evitar decisiones terapéuticas fútiles.

Se puede administrar de nuevo IgIV en los casos que sea necesario, valorando siempre el riesgo-beneficio [9]. Algunas recomendaciones propuestas son: emplear una velocidad de infusión más lenta, prolongar el tratamiento utilizando una menor dosis diaria, premedicación con paracetamol, antihistamínicos e hidratación, y optar por un preparado comercial distinto. La premedicación con corticoides puede ser útil en algún caso, pero está en discusión [1].

Bibliografía

- Zivkovic S. Intravenous immunoglobulin in the treatment of neurologic disorders. *Acta Neurol Scand* 2015; May 21. [Epub ahead of print].
- Stiehm ER. Adverse effects of human immunoglobulin therapy. *Transfus Med Rev* 2013; 27: 171-8.
- Kato E, Shindo S, Eto Y, Hashimoto N, Yamamoto M, Sakata Y, et al. Administration of immune globulin associated with aseptic meningitis. *JAMA* 1988; 259: 3269-71.
- Meiner Z, Ben-Hur T, River Y, Reches A. Aseptic meningitis as complication of intravenous immunoglobulin therapy for myasthenia gravis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1993; 56: 830-1.
- Dalakas MC. Intravenous immune globulin therapy for neurologic diseases. *Ann Intern Med* 1997; 126: 721-30.
- Sekul EA, Cupler EL, Dalakas MC. Aseptic meningitis associated with high-dose intravenous immunoglobulin therapy: frequency and risk factors. *Ann Intern Med* 1994; 121: 259-62.
- Morís G, García-Moncó JC. The challenge of drug-induced aseptic meningitis. *Arch Intern Med* 1999; 159: 1185-94.
- Chaabane A, Hamzaoui A, Aouam K, Klai R, Fredj NB, Boughattas NA, et al. Human intravenous immunoglobulin-induced aseptic meningitis: a case report. *J Clin Pharmacol* 2012; 52: 279-81.
- Mullane D, Williams L, Merwick A, Tobin WO, McGuigan C. Drug induced aseptic meningitis caused by intravenous immunoglobulin therapy. *Ir Med J* 2012; 105: 182-3.
- Picton P, Chisholm M. Aseptic meningitis associated with high dose immunoglobulin: case report. *BMJ* 1997; 315: 1203-4.
- Jolles S, Hill H. Management of aseptic meningitis secondary to intravenous immunoglobulin. *BMJ* 1998; 316: 936.
- Dalakas MC. Mechanism of action of intravenous immunoglobulin and therapeutic considerations in the treatment of autoimmune neurologic diseases. *Neurology* 1998; 51(Suppl 5): S2-8.
- Jolles S, Sewell WA, Leighton C. Drug-induced aseptic meningitis: diagnosis and management. *Drug Saf* 2000; 22: 215-26.
- Harkness K, Howell SJ, Davies-Jones GA. Encephalopathy associated with intravenous immunoglobulin treatment for Guillain-Barré syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1996; 60: 586.
- Soto VA, Cartier RL. Acute encephalopathy associated with the use of intravenous immunoglobulin. Report of one case. *Rev Med Chil* 2011; 139: 1340-3.
- Feldmeyer L, Benden C, Haile SR, Boehler A, Speich R, French LE, et al. Not all intravenous immunoglobulin preparations are equally well tolerated. *Acta Derm Venereol* 2010; 90: 494-7.
- Berger M. Adverse effects of IgG therapy. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2013; 1: 558-66.

¿Fueron los aztecas quienes primero representaron la enfermedad de Parkinson?

Cristina Guijarro-Castro^{a,b,c},
Laura Estallo-Guijarro^d

^aServicio de Neurología. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca. ^bCentro Médico San Bernardo y Caracas. Madrid. ^cGrupo de Estudio de Humanidades e Historia de la Neurología. Sociedad Española de Neurología. ^dColegio Base. Madrid, España.

Correspondencia: Dra. Cristina Guijarro Castro. Centro Médico San Bernardo y Caracas. Caracas, 12. E-28010 Madrid.

E-mail: cristina.guijarro@sen.es

Aceptado tras revisión externa: 15.02.16.

Cómo citar este artículo: Guijarro-Castro C, Estallo-Guijarro L. ¿Fueron los aztecas quienes primero representaron la enfermedad de Parkinson? *Rev Neurol* 2016; 62: 479-80.

© 2016 Revista de Neurología

En 1817, James Parkinson publicó el primer tratado sobre la enfermedad que lleva su nombre y luego lo llamó 'parálisis agitante'. Este trabajo se basa en el estudio de seis casos en los que se describen los síntomas y el curso de la enfermedad, se establece el diagnóstico diferencial con otras condiciones y se especula sobre la posible etiología [1-3]. Una revisión de la bibliografía muestra que varias civilizaciones conocían esta enfermedad antes del año 1817 [4]. También se conocían diversos tratamientos, como sabemos por las fuentes de la medicina tradicional china, que revelaron varias descripciones antiguas, sugestivas de la enfermedad de Parkinson, en el año 425 a.C. [5]. Hay referencias muy antiguas en los tratados ayurvédicos de la India del siglo I que mencionan síntomas como la salivación, el temblor, la rigidez o la torpeza generalizada, que podrían sugerir los síntomas de la enfermedad de Parkinson [6]. También hay referencias en la Biblia (Job y Eclesiastés) y en los textos egipcios [7]. Galeno de Pérgamo (129-199) describió el temblor y las diferencias establecidas entre temblor de reposo y temblor de actitud [8], y varios autores desde el siglo XVII, incluyendo Tulp, Silvio de la Boe, Johannes Baptist Sagar, Gaubius, Boissier de Sauvages, Hunter y Chomel, han mencionado los signos de la 'parálisis agitante' [7]. Sin embargo, los epidemiólogos a menudo se han preguntado si la enfermedad de Parkinson se debía a un posible factor ambiental por neurotoxinas y la enfermedad no existía en épocas anteriores [9]. Asimismo, la representación de la enfermedad de Parkinson en la Antigüedad también ayudaría a conocer su curso natural.



Figura. 'Escultura de un viejoito'. Basalto, azteca, posclásico. Ciudad de México. Inv. n.º 10-116563 (con permiso del Museo Nacional de Antropología de Ciudad de México).

El objetivo principal de este trabajo es dar a conocer una escultura precolombina, donde se

muestran los principales signos clínicos de la enfermedad de Parkinson. Se llama 'Escultura de un viejito' y es una obra azteca del período posclásico, hecha de basalto, encontrada en Ciudad de México y fechada entre los años 900 y 1521 (Figura). Podemos ver los mismos signos clínicos que Gowers refleja en una ilustración, como parte de su documentación de la enfermedad de Parkinson, en su libro de 1886 [10]. Esta escultura muestra un rostro inexpresivo, como de máscara, y la postura característica de los pacientes con enfermedad de Parkinson: camptocormia, postura encorvada y flexionada hacia adelante, con los antebrazos y las rodillas dobladas [11]. A nuestro entender, ésta es la primera escultura que muestra los signos y síntomas de la enfermedad de Parkinson, pero no se puede excluir que la postura adoptada por el anciano se deba también a causas culturales (representación cultural de la longevidad o el deterioro de la salud) o a otras patologías (ictus, escoliosis, etc.).

El Imperio azteca surgió a principios del siglo xv y dominó la región del valle de México. Se caracterizó por un renacimiento de las artes y la ciencia, como el estilo 'poblano-mexicano' en la cerámica, los códices ilustrados, el florecimiento de la poesía náhuatl y los institutos botánicos establecidos por la élite azteca. Pero fue la capital del imperio, Tenochtitlán, la mayor exposición de la grandeza de esta civilización [12]. A diferencia de la escultura objeto de nuestro estudio, otras esculturas aztecas muestran el envejecimiento de forma diferente a la que nosotros publicamos. Hay una escultura que representa a un hombre mayor, llamada también 'Estatua de viejito' (1325-1521 d.C.), que muestra arrugas en la frente y la boca sin dientes,

junto con una postura erguida, en el estilo mexicana. Del mismo modo, hay otras representaciones artísticas de la edad, de forma diferente a la estatua que publicamos, como en el *Códice Mendoza*. Éste es un códice azteca, creado 14 años después de la conquista española de México en 1521 [13]. Contiene la historia de los gobernantes aztecas y sus conquistas, una lista del tributo pagado por los conquistados y una descripción de la vida azteca diaria, en pictogramas aztecas tradicionales, con explicaciones y comentarios en castellano. En la sección III, que consta de 16 páginas, podemos encontrar una pintura que muestra personas mayores aztecas fumando y bebiendo pulque. Los ancianos son representados con las caras arrugadas y sin la postura en flexión de la escultura, que es la razón de este estudio. En la cultura azteca, las esculturas de figuras humanas eran de tipo retrato [14]. Excepto Rembrandt, que pudo haber retratado la parálisis agitante en su boceto 'El buen samaritano' en 1630 [15], y Leonardo da Vinci, que además describe el centro del control tremorígeno en el tercer ventrículo [16,17], y cuyas contribuciones han sido ya publicadas por Stern [7], no hay ningún estudio publicado de la representación gráfica de la enfermedad de Parkinson antes de 1817. La representación de la enfermedad en la Antigüedad también ayudaría a conocer el curso natural de la enfermedad y dar respuesta a los neuroepidemiólogos, que la consideran una enfermedad producto de la civilización moderna.

Bibliografía

1. Parkinson J. An essay on the shaking palsy. London: Sherwood, Neely & Jones; 1817.
2. García S, López B, Meza-Dávalos EG, Villagómez-Ortiz A, Coral-Vázquez R. Breve reseña histórica de la enfermedad de Parkinson. De la descripción precipitada de la enfermedad en el siglo xix a los avances en biología molecular del padecimiento. *Med Int Mex* 2010; 26: 350-73.
3. Khalil R. History of Parkinson's disease. *Hist Sci Med* 1996; 30: 215-20.
4. Raudino F. The Parkinson disease before James Parkinson. *Neurol Sci* 2012; 33: 945-8.
5. Zhang ZX, Dong ZH, Román GC. Early descriptions of Parkinson disease in Ancient China. *Arch Neurol* 2006; 63: 782-4.
6. Manyam BV. Paralysis agitans and levodopa in 'Ayurveda': ancient Indian medical treatise. *Mov Disord* 1990; 5: 47-8.
7. García-Ruiz PJ. Neurología bíblica. *Rev Neurol* 1996; 24: 580-8.
8. Galeno. *Definitiones medicae. Opera Omnia*. Leipzig: Cnobloch; 1892.
9. Stern G. Did parkinsonism occur before 1817? *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1989; 52: 11-2.
10. Gowers WR. *Manual of diseases of the nervous system*. London: J. & A. Churchill; 1886.
11. Jankovic J. Parkinson' disease, clinical features and diagnosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2008; 79: 368-76.
12. Thomas H. *La conquista de México*. Barcelona: Planeta; 2006.
13. *Códice Mendoza (1534)*. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia de México. URL: <http://codice.manuwo.com/inicio.php?lang=spanish>. [03.02.2016].
14. Bonfill M, Cristina S. Los orígenes y las primeras culturas del altiplano. *Culturas del Altiplano. Cuadernos del México Prehispánico*. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia de México; 1974. URL: http://www.mexicon.de/pdf/mx_books.pdf. [03.02.2016].
15. Longhi G. *La calcographia propriamente detta ossia l'arte d'incidere in rame colaqua-forte*. Milano: Stamperia Reale; 1830.
16. Keele KD, Pedretti C. Leonardo da Vinci: corpus of the anatomical prints in the collection of HM the Queen at Windsor Castle. New York: Johnson Reprint Corporation; 1978.
17. Calne DB, Dubini A, Stern G. Did Leonardo describe Parkinson's disease? *N Engl J Med* 1989; 320: 594.