

Síndrome de Barré-Lieou

Revisión de la entidad y presentación de 115 casos

Por los Dres.:

PEDHO LUIS REYES DOMÍNGUEZ,* SALOMÓN MITRANI

Reyes Domínguez, P. L., et al. *Síndrome de Barré-Lieou. Revisión de la entidad y presentación de 115 casos.* Rev Cub Med 13: 5, 1974.

Se presenta por primera vez en Cuba el estudio del Síndrome de Barré-Lieou, en el que se analizan 115 casos representativos de esta patología, lo que constituye el trabajo colectivo realizado durante tres años consecutivos por las especialidades de medicina interna y ortopedia. En este estudio se pretende motivar el diagnóstico de esta entidad, teniendo en cuenta lo disímil de su sintomatología. Se señala la frecuencia con que se presenta, dado el alto índice de pacientes que concurren a la consulta externa. Se destaca el aporte de un nuevo signo en esta patología, dado por los autores de este trabajo.

INTRODUCCION

Revisamos la entidad por la relativa presencia en nuestra consulta externa diaria, de ortopedia, clínica y otorrinolaringología, de pacientes que la padecen.

El síndrome simpático cervical posterior de Barré-Lieou lo señalamos de fácil diagnóstico, debido a la gran riqueza semiológica de su cuadro clínico.^{2,3,6,7,8,9,10}

11,12,13, 14,17, 20,25,26,27,28,29,30,31,82 aiiinqUC 110

podemos dejar de expresar que se manifiesta con gran cantidad de síntomas y signos a distancia; ello conduce al enfermo a visitar distintos especialistas, incluyendo al psiquiatra, por lo que ha sido bien señalado por varios autores que esta entidad es una gran simuladora de patologías.

Médico general. Jefe del servicio de ortopedia. hospital regional "Mario Muñoz". Colón. Matanzas. Cuba.

Propósito

La finalidad que tiene la realización de este estudio es llevar a la mente del médico la sintomatología tan variada de esta patología para su diagnóstico y por ende, establecer su tratamiento. Demostrar asimismo la reiterada presencia de pacientes con este síndrome en la consulta externa, e insistir en que se considere el mismo, para hacer posible su diagnóstico.

Antecedentes históricos del tema

Fue indudablemente *Barré*,⁰⁷ el gran médico francés, quien, en el año de 1925, como es del dominio de todos, en la Sociedad Neurológica de Estrasburgo dio a conocer este síndrome que hoy ostenta su nombre.

En 1926 *Barré*, en colaboración con *Crusem*, presenta un nuevo aporte al tema con el nombre de trastornos visuales y artritis cervical.

En 1927 se presentaron trabajos del simpático cervical posterior por *Torrigia*.

² Médico general. Jefe del servicio de medicina de hombres, hospital regional "Mario Muñoz". Colón. Matanzas. Cuba.

ni, Lunedal y Ferrari. Posteriormente, en 1928, Yan Clwen Lieou, discípulo y colaborador de Barré, presentó como tesis doctoral el tema, insistiendo en el factor irritativo como elemento patogénico. Desde entonces el síndrome del simpático cervical posterior toma sus características propias de entidad nosológica y como justo reconocimiento a sus esfuerzos, lleva el nombre de Síndrome de Barré-Lieou. A partir de esa época aparecen nuevas publicaciones relacionadas con el tema: Blasgard en 1932; Viallefont en 1933; Chava-ni en 1935; Jiménez Díaz en 1935 señala reumatismo y síndrome vertiginoso. Terra-col en 1937 se refiere a trastornos esofágicos en esta entidad.

Barré y Charbonel en 1939 señalan a la artrosis cervical como causas frecuentes del vértigo con lipotimia. En 1947, Bartz-chi-Rochaix,^s publica su trabajo sobre la migraña cervical postraumática y sus relaciones con el S.S.C.P. en las alteraciones de la columna vertebral. Barrizet, en 1950, se refiere a las cefaleas vasculares y las vincula al Síndrome de Barré-Lieou.

Dejean y Boudet en 1951 escriben sobre la patogenia del síndrome, y en 1952 el propio Barré señala una reconsideración general del problema con el título de trastornos Otoneuro-oftalmológicos de origen cervical.

En 1952² en el Congreso de Oteoneurof-talmología, que tuviera lugar en Lisboa, los doctores José Luis López Prats²¹ Joaquín Farnós Gauchía, Carmen Bonafont Pitarch y Antonio Pelegrín Navarro, presentaron nuevos aportes a esta entidad con el nombre de Síndrome de Barré-Lieou o Síndrome del Angular. Sería interminable la lista de trabajos brillantes que se han hecho como aportes a esta entidad.

Sintomatología.^{1,2,3,8,7,6,9,10,11,12,13,14,11',20,^,26,27,28,29,30,31, S2,33,34}

Cefalea. De comienzo en región suboccipital y se irradia al vertex regiones orbitarias y frontales; la intensidad en raras ocasiones es aguda. En general

el paciente expone una molestia mal delimitada, difusa, más orientada en la región de la nuca. Se señala también de localización unilateral y exacerbada con movimientos de la cabeza, y a su vez, por las situaciones estáticas y forzadas de ella, y por añadidura se le ha señalado como el signo del cine, peluquería, almohada, etc. Se acompaña de hormigueo, escozor quemante, sensación de pelo erizado y con sensibilidad muy desagradable al paso del peine o cepillo por el cuero cabelludo. En otros casos se presenta como una hemicrania típica. El dolor de la región sub-occipital se irradia también hacia el hombro y miembro superior del lado afecto, sobre todo al hacer esfuerzo con este miembro, siendo digno de expresarse que esta última irradiación, aunque señalada por el paciente, le es muy difícil localizarla. La irradiación hacia abajo puede ser dirigida a las regiones del esternocleidomastoideo, trapecio, pectorales, que corresponden a la distribución del nervio simpático cervical.

Bien expresado por casi todos los autores es que la cefalalgia se relaciona con los movimientos y actitudes de la cabeza, y apreciándose, como consecuencia del tipo de postura estática que presentan estos pacientes en sus trabajos, como taquimecanógrafos, costureras, relojeros, etc. También se manifiesta en los deportistas que practican lucha greco-romana y judo, como lo establece Jongkee.

La cefalea se irradia —repetimos— en casquete hacia arriba hasta la parte $1/2$ del cráneo supraorbitaria en forma periférica y a través del cráneo, dato éste de gran significación para descartar otras patologías, como la neuritis del nervio occipital de Arnold o una celulitis del cuero cabelludo o trastornos cervicales superiores. Otra irradiación es al raquis, pudiendo llegar a la encrucijada dorsolumbar. Se debe señalar que la persistencia de este síntoma resulta importante exponerlo.

Se ha referido que los pacientes se quejan de que tienen la cabeza vacía, que no pueden pensar, coordinar sus pensamientos y que observan disminución de la memoria. El paciente señala al interrogarlo, sobre las características de la cefalalgia, pero rara vez precisa, y si en cambio desliza la mano abierta de arriba hacia abajo, a lo largo de la región posterior de la cabeza, tanteando, encontrará un señalamiento más preciso para él y para el médico. La cefalea se exacerba a su vez, tanto por el *stress* físico como por el mental.

Vértigo. Lo refieren los pacientes como una sensación de inestabilidad, inseguridad en la marcha, impresión subjetiva de desequilibrio, rápido, transitorio; o a veces señalan miedo a caerse o a que tal cosa pueda ocurrir, expresando literalmente: "como si me fuera a caer" o "a perder el equilibrio".

Estos vértigos pueden señalarse, de acuerdo con la semántica, que son objetivos o subjetivos. Es característica la expresión de estos enfermos de: "sensación de caída al vacío" (cuando se asoman a un balcón, a una ventana o en el pretil de un puente) que los hace retirarse rápidamente; lo mismo les sucede cuando les pasa muy cerca un vehículo, ya sea a rápida o moderada velocidad, cosa que les hace asirse a su acompañante, al considerar que pueden ser atraídos por el mismo. La otra forma frecuente de expresión es: "que les falta el piso", cuando están deambulando, llegando todo esto a producir en el enfermo inhibiciones a salir solo "por miedo o caerse".

Todo este cuadro se encuentra relacionado con los movimientos de la cabeza. Otro hecho importante referido es que no solamente es desencadenado por los movimientos de la cabeza, sino también por posición fija de la cabeza durante largo tiempo.

Los vértigos reproducen en muy raras ocasiones la crisis de Meniere. Otra forma de expresión de este síntoma es "*Drop Attacks*", vértigo con caída descrita en 1958 por *Kremer*,²⁵ caracterizado por trastornos del equilibrio durante unos segundos con caída, sin acompañarse de pérdida del conocimiento ni de fenómenos convulsivos.

Trastornos oculares. Uno de los síntomas más corrientes es la visión borrosa o nublada; sensación de tracción del globo ocular hacia atrás, centelleo, moscas volantes, escotomas, ftofobias, fatiga rápida de la vista para la lectura y el cinematógrafo; dolores orbitarios, irritación de las conjuntivas, queratitis y lagrimeo, siendo examinados estos pacientes por el servicio de oftalmología y no encontrándose en ellos ninguna patología en particular.

Trastornos auditivos. Zumbidos, acúfenos, otalgias, hipoacusia en menor proporción, pueden presentarse simultáneamente con el vértigo y la cefalalgia, o independientemente de ellas. Se debe afirmar que todos los síntomas auditivos generalmente aparecen del lado en que predomina el síndrome. La hipoacusia es extraordinariamente invariable y desde el punto de vista clínico es difícil valorar su localización.

Algias braquiales. Como ya se señaló las cervicalgias se irradian a la región dorsolumbar y cuando ésta es hacia el plano anterior, adquiere una importancia excepcional por la simulación con otras patologías, tanto si aparecen en el lado derecho o en el izquierdo. Cuando ésta es hacia el lado derecho se confunde con un proceso respiratorio, y cuando es hacia el lado izquierdo se piensa en síntomas cardíacos, sobre todo coronariano, que se asocia con irradiación a hombro y miembros superiores izquierdos, añadiendo que este cuadro se vincula con ansiedad, extrasístoles, taquicardia, etc.

Otro síntoma muy frecuente es la opresión precordial asociada a falta de aire de forma fugaz.

Esto les hace visitar con frecuencia al cardiólogo, no encontrando éste patología orgánica alguna. Los pacientes señalan a la vez sensación de miembro pesado y hormigueo.

Trastornos digestivos. Frecuentes crisis cólicas dolorosas que terminan en deposiciones blandas en número de 2 ó 3, no diarreicas, en el término de media hora; dispepsia; "el bolo histérico".

Trastornos psiquiátricos. Es de destacar que estos pacientes presentan una personalidad psíquica especial, debido tanto a sus síntomas, como a sus visitas a distintos especialistas, los cuales no llegan a establecer diagnósticos precisos, y por ende fracasan los tratamientos. La personalidad que en ellos se manifiesta se encuentra alterada en proporción directa al tiempo de evolución del síndrome, viéndose a la vez invadidos por el miedo, de acuerdo a la topografía de los síntomas. Así se les verá temerosos de padecer de cáncer cerebral, orofaríngeo, de angina de pecho ya referida, describiéndose entre ellos por *Sebüeau* el "cáncer psíquico"; gran inquietud y miedo a caminar solos por espacios abiertos; ansiedad, astenia y estados depresivos. Como en todo paciente, este cuadro psíquico estará más o menos agravado de acuerdo a la labilidad psíquica del enfermo.

Exploración clínica y aporte de un signo nuestro. Es conveniente valorar con detalles la movilidad de la cabeza de estos enfermos, y comprobaremos así que en todos ellos existe una limitación dolorosa de la extensión, de la rotación hacia el lado sano y de la flexión en el mismo sentido; además comprobaremos que esos movimientos provocan una agudización de las molestias, tanto por las manifestaciones verbales del enfermo, como por la observación de su cara, en la que podremos claramente observar el momento preciso en que sus molestias se acentúan.

Por la palpación en el punto de Arnold, lugar en que el nervio occipital mayor atraviesa el músculo trapecio para hacerse superficial, produciremos dolor en el territorio de su distribución, e incluso a veces en el territorio del supraorbitario.

Igualmente, positiva es la maniobra de *Nobécourt*, pellizcamiento profundo entre el pulgar y el índice inmediatamente por detrás de la apófisis mastoides, apareciendo dolor y agudización de las molestias que pueden atenuarse practicando la prueba de *Jostes*, consistente en elongar por tracción manual la columna cervical. Esta maniobra no siempre produce el deseado alivio sintomático, en especial en los casos muy intensos y recientes.

La maniobra de *Abelló Roset*, que es similar a la de *Jostes*, o sea, elevación de la cabeza, pero manteniéndola en esta posición sostenida entre las dos manos unos 8 ó 10 segundos, para soltarla después bruscamente, considerándose positiva cuando el sujeto presenta dolor o molestias acusadas al dejar la cabeza sobre su soporte vertebral.

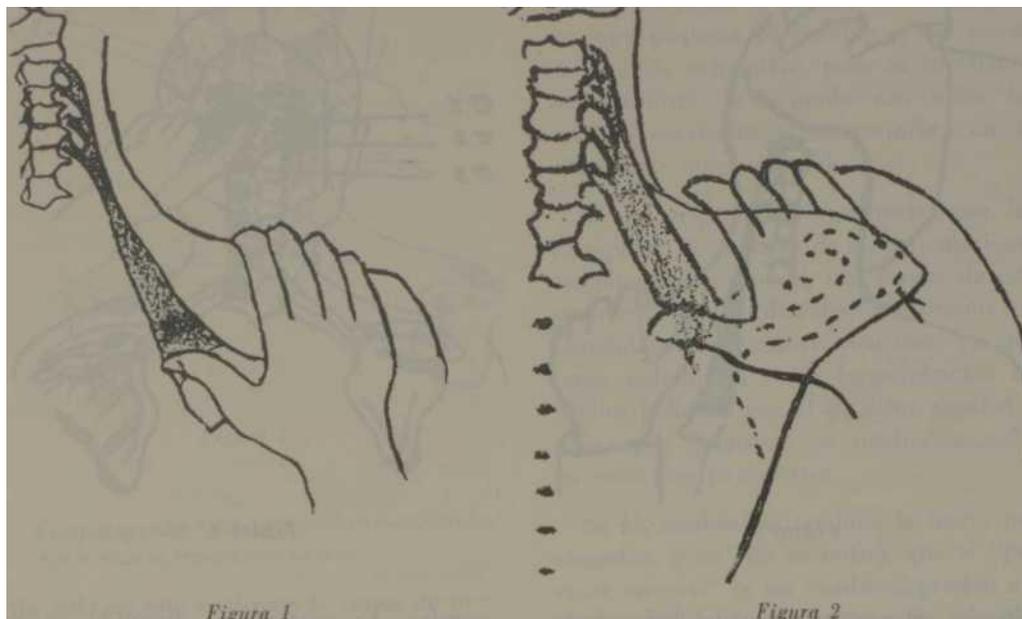
Otra maniobra, la de *Mennell*, consiste en inclinar la cabeza en sentido contrario al que se quiere examinar, y se presiona con los dedos sobre la musculatura vertebral del lado afecto. Se da como afirmativa si con ella se provoca algún síntoma de la dolencia.

La maniobra de *López Prals*, consta de tres fases, que son las siguientes:

1ª fase. (Fig. 1.) Sentado y desnudo de cintura arriba, nos colocamos tras el enfermo y ponemos ambas manos sobre sus hombros de forma que los cuatro últimos dedos se dirijan hacia el hueco supraclavicular y los pulgares horizontales hacia la línea media del cuerpo, localizando el ángulo interno de la escápula. Realizando un movimiento de vaivén van ascendiendo al tiempo que recorren el trayecto del músculo angular, al que reconoceremos pronto como un cordón que

salta bajo la presión del pulpejo del dedo, al mismo tiempo que si miramos la cara lateral del cuello le veremos hacer prominencia momentánea bajo la

realizamos con el pulgar de la otra mano una presión sobre el mismo punto que en la primera fase despertaba tan fuerte dolor. De esta forma



piel.

En los enfermos del Síndrome de Barré- Lieou esta maniobra despierta un fuerte dolor al presionar sobre el músculo del lado afecto, que refiere el enfermo hasta el mismo ángulo cervicocraneal y que con bastante frecuencia determina una agudización de sus molestias.

La sensación del dedo que palpa es también distinta: el músculo afecto tiene una consistencia mucho más acentuada que su homónimo.

Cuando por la presión se provoca dolor, el enfermo inicia un movimiento como de huida, desplazando su hombro hacia abajo y adelante.

2^a fase (Fig. 2.) Colocamos una mano sobre el hombro afecto e invitamos al enfermo a que lo lleve contra la resistencia que le opondremos. Entonces

comprobaremos que la molestia que la presión produce, es mínima o nula, debido a la interposición del músculo trapecio fuertemente contraído. (Señalado en tono más oscuro en la figura).

3* fase. (Fig. 3.) Se trata de elongar todo lo posible el músculo, separando al máximo sus puntos de inserción.

Para ello se coloca la cabeza del enfermo en flexión, inclinando al mismo tiempo el cuello hacia adelante y hacia el lado contrario del afecto y, al mismo tiempo, con la otra mano se deprime el hombro del lado enfermo. Si esta maniobra la realiza un ayudante y nosotros presionamos sobre el trayecto del músculo angular, aumentaremos sensiblemente las molestias que sola la elongación ya determina.

Pérez Gil ha introducido en esta tercera fase una variante que consiste en que el

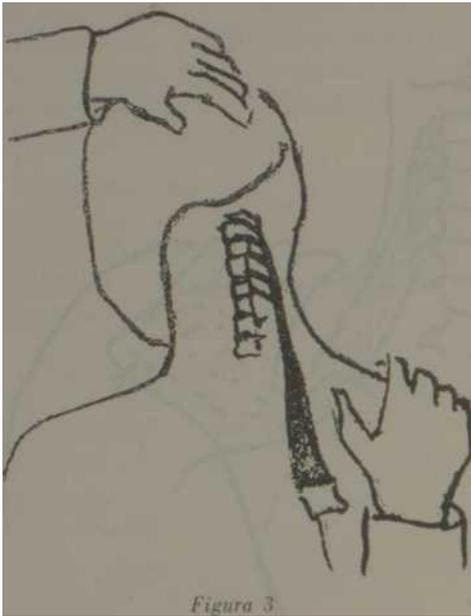


Figura 3

enfermo coloque la mano del lado afecto sobre el hombro del lado sano.

Maniobra aportada por uno de nosotros*. Consiste en exacerbación de la sintomatología a distancia del síndrome cervical posterior y del dolor localizado.

Se debe realizar la hiperflexión del cuello y la presión con ambos pulgares sobre las apófisis transversas y espinosas de Co, C₃ y G_j, siendo positiva la maniobra cuando despierta dolor localizado y los síntomas ya referidos. Al flexional' el cuello, actitud ésta bien tolerada por el paciente, se hacen con ella más asequibles las inserciones proximales del angular.

(Ver figuras 4, 5 y 6).

Exámenes de laboratorio. No se reporta en la literatura dato alguno que afirme esta entidad.

Radiología. Se aprecia en la literatura la disminución de la lordosis fisiológica, que llega a veces a iniciar una cifosis

Dr. Pedro L. Reyes Domínguez.

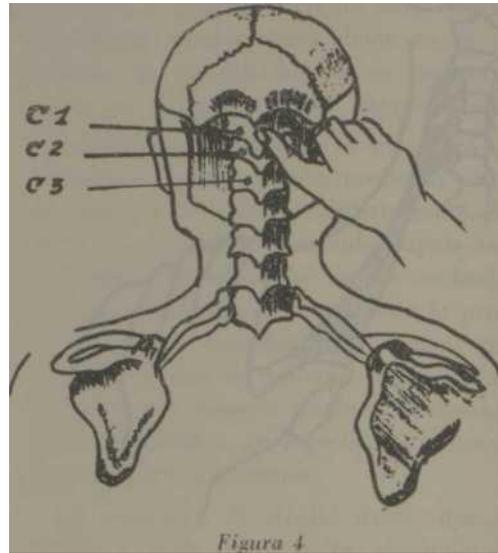


Figura 4

angular. Es señalado y discutido en la literatura que puede ser coincidente debido a la edad de los pacientes: artrosis, espondiloartrosis, *foramen ovale* y bloques vertebrales, que la fisiopatología de esta entidad haremos comentarios al respecto.

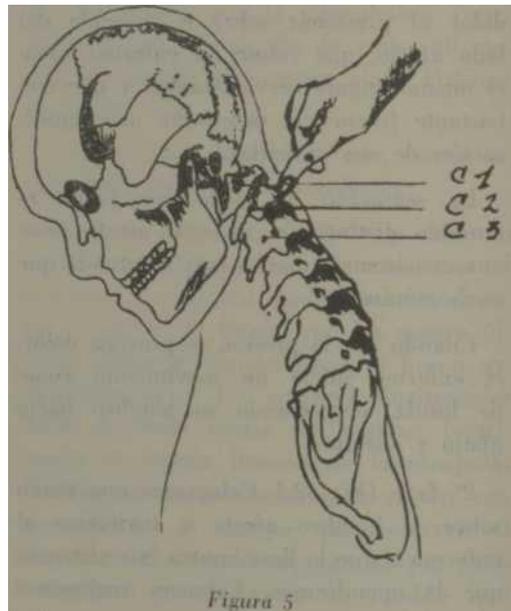
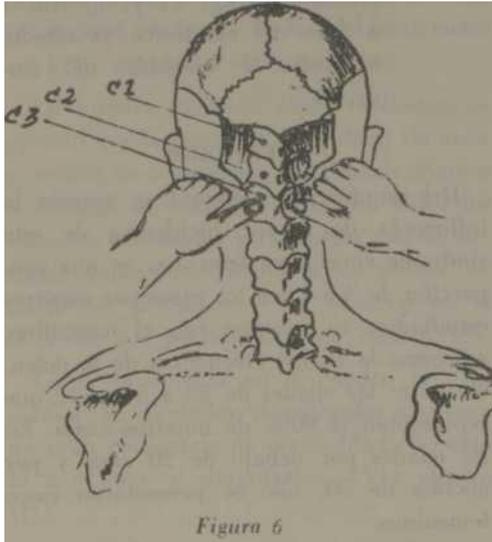


Figura 5



Eliopatogenia.

Ha sido en este síndrome la causa de profundas investigaciones por diversas escuelas; la patogenia, ha sido bien afirmado que se debe a trastornos vasomotores bulhoprotuberanciales. Lo que sí es motivo de gran discusión es la etiología de los trastornos vasomotores, a los que ya hemos hecho alusión.

Estamos totalmente de acuerdo con la tesis planteada de la etiología de los trastornos vasomotores por el profesor *López Prats*,²⁷ en cuanto a sus señalamientos anatomofisiológicos, semiológicos y terapéuticos.

El profesor español señala como causa etiológica la contractura del músculo angular del omóplato, que puede ser originada por múltiples causas, la que produce irritación de los plexos nerviosos simpáticos adyacentes a sus inserciones proximales. Estos plexos simpáticos, así irritados, ocasionan trastornos vasomotores de los múltiples vasos que intervienen en la irrigación bulhoprotuberancial, lo que explica lo florido del síndrome que estamos presentando.

Se consideran además como otras etiologías de este síndrome, la artrosis cervical, que tenemos a bien estimar que en algunos casos pudiera ser la causa del mismo; pero en muy pequeña proporción, y no resiste un análisis exhaustivo, pues su incidencia sería enorme de acuerdo con todas las artrosis cervicales y aumentaría con la edad, cosa que no sucede.

Se ha expresado igualmente que las artropatías reumáticas de las articulaciones occipitoatloidoaxoideas, son causas de este síndrome, pero se desechan tan pronto son sometidas a un análisis acucioso, ya que tanto radiológica como humoralmente los hechos hallados por el profesor español y ahora por nosotros, son totalmente nulos en estos dos parámetros.

Se ha establecido también la teoría psicogénica, y en ella se estima que el "*primum movens*" es un cuadro depresivo ansioso, seguido de contractura de músculos cervicales. Nosotros planteamos que el cuadro orgánico es causa del trastorno psiquiátrico.

En la literatura anglosajona, con relación al Síndrome de Barré-Lieou, hay señalamiento de su etiología por trastornos embóleos ateromatosos del territorio de la arteria vertebral.

MATERIAL Y METODO

Se estudiaron en colectivo por medicina interna y ortopedia 115 casos, en los que se valoró:

1. Diagnóstico clínico del caso.
2. Estudio humoral.
8. Estudio radiológico.
 1. Estudio de la terapéutica realizada.
5. Seguimiento de los casos por consulta externa de medicina y ortopedia.

El cuadro clínico se expuso anteriormente.

El cuadro humoral consistía en revisar los indispensables de laboratorio clínico.

El estudio radiológico, en RX de columna cervical en dos vistas: en arteroposterior y lateral. La terapéutica consiste en lo siguiente:

1. Invariablemente utilizamos la tracción cervical con el paciente sentado.
2. Infrarrojos.
3. Ultrasonido.
4. Relajantes musculares.
5. Si el cuadro sintomático persistiera, no obstante, la aplicación de los anteriores señalamientos, marcados con los números 1, 2, 3 y 4, utilizamos entonces la infiltración con vista a la eliminación del mismo.

En cuanto a la infiltración sustentamos tres experiencias.

- a) Infiltración de 4 a 5 cc de novocaína o similar, con 1 cc de hidrocortisona, en la inserción distal angular del omóplato (espina) cada 21 a 28 días, proporcionando la misma una mejoría grande, aunque de forma temporal, en un gran porcentaje de los casos.
- b) Infiltración de 15 a 20 cc de igual agente anestésico, en el mismo sitio, en dos o tres ocasiones, con intervalos de 4 ó 5 días, la que provoca un ocultamiento total del síndrome más duradero que el anterior, pero con reacciones secundarias que llevan al paciente a alejarse de la consulta por temor a las mismas.
- c) En algunos de estos casos cuando se ha procedido a las dos infiltraciones ya señaladas, sin que produzcan el resultado apetecido, con la finalidad de conseguirlo, procedemos a la infiltración de las inserciones proximales del músculo en O», C₃ y C₄, con 4 a 5 cc del anestésico ya citado, logrando la remisión del síndrome.

COMENTARIOS

Del estudio del cuadro I se aprecia la influencia de mayor incidencia de este síndrome en el sexo femenino en una proporción de 3 a 1, en los casos por nosotros estudiados, en relación con el masculino, así como la mayor frecuencia de la dolencia entre las edades de 30 a 50 años, que representan el 90% de nuestros casos. En las edades por debajo de 20 años y por encima de 50, sólo se presentaron casos femeninos.

(Ver cuadro I).

CUADRO I

Estadísticas

| | |
|---------------------------------|----------------|
| Total, de pacientes..... | 115 |
| Mujeres: 86 casos | 74,8% |
| Hombres: 29 casos | 25,2% |
| Desglosamiento por edad y sexo: | |
| Hasta 20 años: | |
| (4 casos, todas mujeres) | |
| Entre 21 y 30 años: | |
| Mujeres..... | 14 casos |
| Hombres..... | 2 „ |
| | Total 16 casos |
| Entre 31 y 40 años: | |
| Mujeres..... | 39 casos |
| Hombres | 14 „ |
| | Total 53 casos |
| Entre 41 y 50 años: | |
| Mujeres..... | 24 casos |
| Hombres..... | 13 |
| | Total 37 casos |
| Entre 51 y 60 años: | |
| Mujeres..... | 5 casos |

En el cuadro II se capta lo revisado en la literatura, que es la gran variedad de síntomas encontrados, y que hay una notable diferencia topográfica en cuanto a sistemas y aparatos que acusan dichos

síntomas, por lo que varias escuelas han señalado el Síndrome de Barré-Lieou, como un gran simulador de patologías.

En nuestra serie de casos revisados, se apreció que la constancia del dolor de nuca a vertex, es remarcado, seguido de mareos y vértigos de altura. En general todos los síntomas estudiados y tabulados son de elevada proporción, siendo el de menor los trastornos psíquicos, y se observó en el 60% de los pacientes. (Ver cuadro II).

Como se aprecia en el cuadro III, las maniobras señaladas y realizadas expresan un gran porcentaje de positividad en cuanto a ayudar al diagnóstico. (Ver cuadro III).

Este hecho de verdadera significación, en que de acuerdo a la topografía dominante de los síntomas

el paciente es dirigido a distintos especialistas: al neurólogo o al ortopédico en casos de cefaleas; cuando éstas se asocian a todo el cuadro sintomático ya referido de acúfenos, vértigos, trastornos oculares o digestivos, son orientados de acuerdo con el criterio del médico que los estudia hacia la otorrinolaringología o neurología. En el caso de que los dolores sean en el hemitórax izquierdo y asociadas a braquialgia izquierda, es obvio que son enviados al cardiólogo. Si el dolor es localizado en el hemitórax derecho se valora una tumoración pulmonar o pleural. Pero es que el paciente vuelve o no al médico inicial con el diagnóstico de negatividad orgánica por los especialistas a los que fue remitido y como que los síntomas persisten, se le va

CUADRO II

| CUADRO II | | |
|--|-----------|-------|
| <i>Síntomas</i> | | |
| 1) Dolor de nuca a vertex | 115 casos | 100 % |
| 2) Parestesia braquial. | 83 .. | 71,7% |
| 3) Dolor en cara anterior del tórax, tanto en hemitórax derecho como izquierdo | 84 .. | 73 % |
| 4) Mareos | 95 .. | 86,9% |
| 5) Trastornos digestivos | 75 .. | 65,2% |
| 6) Vértigos de altura | 86 .. | 74,7% |
| 7) Acúfenos | 73 .. | 63 % |
| 8) Trastornos oculares. | 83 .. | 71,7% |
| 9) Trastornos psíquicos | 69 .. | 60 % |

CUADRO III

| Signos buscados en todos los pacientes: | |
|--|-----|
| I) Dolor del Angular (Maniobra de López Prats) | |
| Positiva en 97 casos | 84% |
| II) Dolor a la presión en C ₂ , C ₃ y C ₄ | |
| Positiva 104 casos | 90% |
| III) (Maniobra de Nabecourt) | |
| Positiva en 95 casos | 82% |

indicando por los distintos facultativos que ha visto que debe visitar al psiquiatra. Generalmente, antes de que esta visita se produzca, el paciente hace un cuadro depresivo ansioso, que muchos autores, estudiados en la literatura revisada, catalogan de "pacientes portadores de un cuadro sindrómico del cáncer psíquico". De esta forma, a su vez, señalamos que este cuadro psiquiátrico es consecuencia del síndrome y no la causa de éste como algunos autores han establecido.

En cuanto a los análisis de laboratorio y estudios radiológicos, no se observó en los primeros ningún parámetro positivo que sirviera para

orientar el diagnóstico de esta patología; así como tampoco se encontró en los segundos, dato alguno utilizable en forma de orientación, tal como lo dejamos apuntado en otra parte de este trabajo.

En la evolución de los casos estudiados, fuimos utilizando las medidas ya reportadas,^{1,2,3,4,5} habiendo obtenido una remisión en todos los pacientes. Lo que sí debemos afirmar es el hecho de que esta entidad, como toda patología funcional, es recidivante.

Agradecemos finalmente a la compañera *Mirla Casabona Pcrs*, la valiosa cooperación prestada en las traducciones de la literatura extranjera.

SUMMARY

Reyes Domínguez, P. L., et al. *The Barré-Lieou's syndrome. A review of this entity and presentation of 115 cases.* Rev Cub Med 13: 5. 1974.

A study on the Karré-Lieus's syndrome. in which 115 representative cases of this pathology are analyzed, is firstly presented in Cuba; it was possible due to the group work performed during three consecutive years by internal medicine and orthopedics specialists. A dissimilar symptomatology of this disease is stressed in this study. Its frequency of presentation, taking into account the large number of patients assisting to external consultation is indicated. A new clinical sign in this pathology is described by the authors of this work.

RESUME

Reyes Domínguez, P. L., et al. *Syndrôme de Barré-Lieou. Révision de l'entité et présentation de 115 cas.* Rev Cub Med 13: 5, 1974.

Pour la première fois on présente à Cuba une étude du Syndrôme de Barré-Lieou sur 115 cas, ce qui constitue un effort de 3 ans pour les spécialités de médecine interne et orthopédie. On prétend ainsi montrer l'importance de cette pathologie soulignant la diversité de sa symptomatologie. On constate sa haute incidence dans les consultations externes. On souligne l'apport d'un nouvel signe dans cette pathologie.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—*Abelló Roset, J.* Patogenia delucidada de la comparación del Síndrome de Barré-Lieou y el de Costen. *Rev Esp Reum Enferm Osteoartic. Set.* 1961.
1. —*Ahiyamn.* Relación del simpático cervical con el órgano auditivo. *Otorhinolaryngol. Society of Japan.* Número 4, pag. 44, 1950.
2. — *Baldwyn Dulton, C.* Cervical migraine *Am J Med* 47: july, 1969.
3. —*Barceló, P.* Caracteres peculiares de la anatomía y biomecánica de la región cervical. *Rev Esp Reumat* 6-8, 1956.
4. —*Barré, J. A.* Trouble piramidiaux et arthrite vertébrate chronique. *Medecine* 5: 358 1924.
5. —*Barré, M. Sur.* Un Syndrome Sympathetic cervical postérieur et. SA. Cause frequente arthrite cervicale. *Rev Neurol* 45: 1246 1926.
6. —*Bartschi-Rochaix.* La migraine cervicale traumatique et ses rapports avec SSCP. *Revue d' O.N.O.* 19: 1, pags. 16-20. 1947.
7. *Beauchamp, G.* Interet De l'examen cupu- lo métrique dans le Syndrome Sympathetic Cervical Posteriour Syndrome de Barré- Lieou. *Ann Otolaryngol (Paris)* 78: 281- 286. 4-5, 1961.
8. —*Cáceres, A. F.* El Síndrome de Barré-Lieou. *Prensa Med Argent* 52: 235. 1965.
9. —*Capella, G. et al.* Clínica y etiopatogenia del Síndrome Simpático Cervical Posterior de Barré-Lieou. *Acta ORI.. Iber-Amer* 28: 112-138, I 1967.
10. —*Claisse.* El Síndrome de Barré-Lieou. Clínica radiológica, patogenia y tratamiento. *Acta Rhinolarinológica.* Fase 5, pag. 407. 1960.
11. —*Charbonnell, A.* Syndrome de Barré et Lieou. *Rev Prat (París)* 14: 3265-3271, 26, 1964.
12. —*Costa Bertani, G.* Conceptos clínicos del Síndrome de Barré-Lieou. *Nuestra Posición.* Río, Argentina de Reumatología. 21: 313, julio 1960.
13. —*Costa Bertani, G.* Artropatías de la columna cervical. Cervicocefalalgias. El Síndrome de Barré-Lieou. El Losada. 1955.
14. —*Dassen, R., O. Fustinioni.* Sistema nervioso. Pág. 106. 415-419 194b. Ed. Ateneo Bs. As.
15. —*Delmar, A.* El Síndrome de Barré-Lieou *Rev, El Día del Médico* 28; marzo 1955,
16. —*Dennis-Brown, D.* Recurrent cerebrovascu- lar epidodías. *Arch Neurol Pschiat* 2: 194 1960.
17. —*Estrada. R. y J. Pérez.* Neuroanatomía funcio- nial. Págs. 409-440. Instituto Cubano del Libro. 1971.
- 1^1—*Galán, M.* Contribución al estudio del Síndrome de Barré-Lieou. *Rev Esp Reum Enferm. Osteoartic.* Monografía No. 12, enero. 1957.
20. —*Gray, H.* Anatomy of human body. 25 Th, ed. p. 582. Pbiladelphia. 1948, Lea Fe- biger.
21. *Gray, H.* Vértigo extraloberíntico debido a lesiones de los músculos cervicales. *J. La- ryngol Otol* No. 6, pag. 352. 1956.
22. —*Hutchiason, E. C.* The cervical portion od the vertebral artery. *Clinico-pathological Study Brain, 79:* 319. 1956.
23. —*Kaplan, A.* The central nervous system. Ciba Farmacéutica Prod. 1949.
24. —*Kremer, Vl.* Sitting. Standing and Walking. *Br Med* 2: 63, 1958.
25. —*Lieou, Yong Choén.* Síndrome Sympathique Cervical Postérieur et artrite chronique de la colonne vertébrale cervicale. *Etudie Cli- nique et Radiologique* Thèse Strasboug. 1928.
26. —*López Prats, J. L.* El Síndrome de Barré- Lieou o Síndrome del Angular. *Rev F.sp* No. 10. pag. 174. 1963.
27. —*Nanno, H.* El Síndrome de Barré-Lieou. *Rev Argent Reum* pag. 262, 1957.
28. —*Philips, R.* La Maladie de Barré-Lieou grande simulatrice des lesiones O.R.L. *Bord Med* 1359. No. 8 agosto. 1965.
29. —*Rotés-Querol.* El Síndrome de Barré-Lieou. *Medicamenta* 17: pag 385-402. 1960.
30. —*Stewart, D. Y.* Current concepts of the "Barré Syndrome" oí the "Posterior Cervical Svmpathetic Svndrome". *Clin Orthop* 24. 40. 1962.
31. —*Valdés Rtiiz.* Nuevos aspectos clínicos, etio- patogénicos y terapéuticos. *Rev Esp Reumat* 8; pag. 170, 1959.
32. —*Valvassori, G. E.* Diagnóstico de los neu- rinomas acústicos. *Arch Otolaryngol* 89: 101-105. 2, 1969.
33. —Congress Internationales de ONO de 1952. Consagré AU SSCP. *Revue d' O.N.O.* 1952. No. 1 pp. 1-84.