

## Consideraciones acerca de la Coriorretinitis Nostras

Por el Dr. JOSÉ GOMEZ MÁRQUEZ 4

No ha sido al azar que hemos dejado la elección de este tema; muy por el contrario **si** hoy nos atrevemos a exponer lo que en líneas generales pensamos del "problema de la coriorretinitis, es porque es una de aquellas enfermedades que con más frecuencia hemos tenido ocasión de observar en el curso de nuestra práctica hospitalaria y porque al mismo tiempo tenemos constancia de la obscuridad que reina en torno a ella. Desde luego queremos aclarar que por el hecho de hablar de un padecimiento que tiene su localización en los ojos, no me considero como **especialista**, sino simplemente como un médico general que ha tenido tal vez 'ocasión **de** practicar algo más que de ordinario las técnicas exploratorias del aparato visual, y que llama la atención sobre una enfermedad, que si bien es cierto que tiene su manifestación objetiva en el fondo del ojo, no por ello deja de ser una enfermedad general, del mismo modo que lo es una neumonía, aunque se localicen sus lesiones en los pulmones.

No nos proponemos en estas líneas, hacer una descripción de la fenomenología de la coriorretinitis, puesto que de ella se ha hablado ya en diversas ocasiones, dentro y fuera de esta Asociación y por otra parte tuvimos el honor de exponer su cuadro al hablar *en* nuestro trabajo de tesis **sobre** el desprendimiento de la retina **post-coroidítico**; pero sí es nuestro ferviente deseo, dar a conocer una serie de datos, con el objeto de poner de relieve el tanto **por** ciento de individuos portadores de coriorretinitis, su **frecuencia** -en relación con las otras enfermedades del fondo del ojo en Honduras, su manera de afectar o no la visión del enfermo, el problema etiológico que encierra y en consecuencia su tratamiento.

### FRECUENCIA

La cantidad de individuos afectados de esta enfermedad que se presentan anualmente en el Servicio de Oftalmología es realmente enorme y justifica en consecuencia todas aquellas medidas que se tomen para estudiarla de la mejor manera posible. Sin embargo, como quiera que nada hay tan elocuente como las cifras, daremos & continuación algunos datos estadísticos recogidos en el Servicio de Oftalmología. Según el estudio que tuve ocasión de hacer con **motivo** de la tesis a que ya me referí anteriormente, sobre un total de 3.241 examinados, 237 eran portadores de lesiones de coriorretinitis activa o cicatricial, lo cual nos da un tanto por ciento de 7,3. Al consultar el informe anual correspondiente al año económico 1945-46, de 831 enfermos, habían en conjunto 59 con lesiones diversas del fondo del ojo y que de éstas, 33 corres-

**pendían** a coriorretinitis; se deduce por un simple cálculo que un 56% de estas lesiones, pertenecían a la mencionada enfermedad; las restantes estaban repartidas entre las siguientes **entidades** morbosas: atrofia macular senil, atrofia papilar, estasis papilar, miopía maligna, neuritis óptica, retinitis pigmentaria, retinosis palúdica y ruptura traumática de la retina. Nos parece por lo tanto obvio agregar cuál es la trascendencia de una enfermedad que ocupa por sí sola más de la mitad de patología del fondo ocular del hondureño.

### OOEEORRETINITIS Y VISION

Una de las peculiaridades más dignas de tomarse en cuenta en este complejo problema es el hecho de que una gran parte de las personas afectas de lesiones de coriorretinitis en el fondo de sus globos oculares, manifiestan obstinadamente no recordar haber tenido jamás una alteración en su agudeza visual. Sucede esto con mucha frecuencia entre todos aquellos que consultan por causas muy lejanas a la coriorretinitis, como son entre nosotros las más frecuentes, pequeños defectos de refracción, crisis de **epibulbitis** esenciales, conjuntivitis amicrobianas y conjuntivitis a **diploabacilo** de Morax-Axenfeld. Estos pacientes, a los cuales se les encuentra en el curso de un examen oftalmoscópico de tipo rutinario una cicatriz coriorretinítica, tuvieron con seguridad en algún día más o menos lejano un foco activo extramacular, que si bien provocó una cierta reducción de la agudeza visual (por el enturbiamiento concomitante del cuerpo vitreo), pasó desapercibida o era todo caso preocupó tan poco al enfermo, que ni siquiera ha excitado su recuerdo. Al cicatrizar la lesión (pues como ya veremos más adelante la coriorretinitis puede curar sin el recurso de ninguna medicación), desapareció el enturbiamiento del medio y al no estar afecta la mácula, el sujeto recobró su visión normal, aunque quede para siempre como huella indeleble, la placa correspondiente, como recuerdo de la que un día sucedió como advertencia de lo que tal vez volverá a suceder porque la coriorretinitis tiene una facilidad grande a producir recidivas sobre la misma placa antigua *a* en otro lugar.

Creemos que se debe insistir una y otra vez en esta frecuente integridad visual en individuos que algún día tuvieron brotes de coriorretinitis, ya que ello es de una particular importancia para *el* médico general, que al llevar a cabo la anamnesis detallada de **un** enfermo, podría inclinarse a no examinar el fondo del ojo de **un** individuo, sobre todo si es medianamente culto y de inteligencia despierta, si éste refiere de una manera rotunda no haber tenido nunca disminución de su agudeza visual. Y ahora bien, como quiera que todos sabemos, la coriorretinitis no es una enfermedad local sino la consecuencia de un agente etiológico general, fácil es comprender la importancia que para la orientación diagnóstica puede tener para el clínico el examen metódico del fondo del ojo. Si pasa-

mos revista a un total de 239 fichas de enfermos, en cuyos ojos se encontró la coriorretinitis, se ve lo siguiente:

Que de ellos, 61 presentaban la unidad de visión central según la escala de Snellen, o sea un 25,5% ; que 18 tenían un 0,9, susceptibles de llegar al entero mediante la corrección de pequeños defectos de refracción y que por lo tanto reunidos a los primeros nos dan 33% de sujetos en los cuales la visión era más o menos normal.

Siempre en consonancia con esta conservación de una buena visión, deberemos manifestar que la mayor parte de los casos de **coriorretinitis** diagnosticados fueron hallazgos casuales, encontrados sin que tuviéramos razones para sospecharla y bajo este punto de vista recordaremos que según nuestra casuística sólo existen un 29,5% de casos activos, siendo todos los demás, es decir prácticamente un 70%, casos de coriorretinitis **cicatricial**. Como fácilmente se comprenderá, este hecho, el de descubrir lesiones cicatriciales en individuos que jamás se apercibieron de ningún trastorno ocular y que por ello nunca consultaron sobre el particular a ningún médico, nos lleva a la idea siguiente: ¿Cuál es, pues, la evolución de nuestras coriorretinitis ?

## EVOLUCIÓN

El hecho indudable de encontrar tan gran cantidad de casos apagados y a los que jamás se les hizo el menor tratamiento, hace que lleguemos rápidamente a la conclusión de que la coriorretinitis ríostros se cura ella sola, sin necesidad de ningún tratamiento y que por lo tanto al hablar de éste debemos de hacerlo con gran precaución y después de haber sido nosotros mismos muy cautos en su establecimiento. Claro está, que como ya diremos más adelante, hay muchísimas reservas que hacer a esta evolución espontánea y no queremos con ello que se crea, somos de la opinión de abandonar esta enfermedad a su curso natural, puesto que, si bien es cierto que la enfermedad cura, también lo es, y esto es lo grave, que la coriorretinitis no tratada, no siempre termina de una manera tan favorable, sino que con demasiada frecuencia da lugar en esas condiciones a invasiones maculares, cuya trágica consecuencia no puede escapar a nadie, a brotes de iridociclitis con todas sus secuelas, a desprendimientos postcoroidíticos de la retina, demasiado numerosos entre nosotros, precisamente por la falta de tratamiento de tan gran cantidad de individuos, y que nos da un total de 39 en 237 casos, con un tanto por ciento de 14,3 y 1% en el total de enfermos observadas, según la estadística que pudimos reunir al hacer nuestro trabajo sobre el Desprendimiento postcoroidítico de la retina. '

Muy lejos estoy yo, como médico recién salido de las Aulas Universitarias y por ello inexperto, de venir a sentar conclusiones **sobre** el delicado problema del origen de esta enfermedad, sino que simplemente voy a exponer a continuación en líneas generales,

lo que sobre etiología de las coriorretinitis se sabe en Oftalmología Universal, comparándolo con lo que de positivo se ha hallado hasta el momento entre nosotros y solicitando de antemano ardentemente el concurso de este respetable auditorio, para que se intente poner tal vez mayor atención a este importante asunto.

### CONSIDERACIONES ETIOLOGICAS

Los autores están de acuerdo sobre un punto y éste es, que la coriorretinitis es debida a tres grandes causas: la sífilis, la tuberculosis y las infecciones focales. No existe un acuerdo absoluto sobre la frecuencia de cada una de ellas, si bien todos convienen - en que las dos primeras ocupan el primer lugar; pero cuando se trata de establecer cuál es la predominante, si la sífilis o la tuberculosis, las opiniones se dividen francamente. Queda .además en un cuarto lugar, un cierto número de casos en los cuales no se ha podido fijar la etiología.

Esto como decíamos es lo que sucede en Oftalmología Universal, pero ¿ qué sucede entre nosotros ? Harto importante es hacernos esta pregunta, porque como ya vimos anteriormente, la coriorretinitis nostras a cargarse de pigmento en el transcurso del logia ocular de Honduras sino que representa por sí sola más de la mitad de las afecciones del tondo del ojo. Es preciso por otra parte avanzar, aunque no sea nuestro propósito en estos momentos hacer nuevamente una descripción del cuadro oftalmoscópico de la enfermedad, que todos los casos de coriorretinitis que vemos presentan igual aspecto oftalmoscópico; bien es cierto que en este asunto como en tantos otros en Medicina no basta el aspecto local de una lesión para llevar a cabo el diagnóstico seguro, pero desde luego es un hecho muy interesante. Acerca de la imagen oftalmoscópica de la lesión, es necesario hacer notar una característica importante y ésta es, la tendencia más o menos constante de la 'Coriorretinitis nostra a cargarse de pigmento en el transcurso del tiempo, y en lo cual coincide con el tipo de la coriorretinitis de origen sífilítico, en contraposición con las tuberculosas cuya tendencia es precisamente opuesta, o sea, a la despigmentación. Sin embargo, este hecho a pesar de ser innegable, como lo puede comprobar todo médico medianamente acostumbrado a llevar a cabo el examen oftalmoscópico, no pasa de ser un dato interesante y que de ninguna manera autoriza por sí solo a afirmar un diagnóstico, ya que como decíamos anteriormente es además del examen local, el general del enfermo, con sus correspondientes exámenes complementarios y junto con la prueba de toque que constituye el tratamiento, la que nos debe dar la clave del diagnóstico. Y es aquí precisamente donde el padecimiento que nos ocupa ofrece mayores obstáculos; en realidad consideramos esto tan difícil, y desde luego tan por encima de nuestra capacidad, que ya de

mitar simplemente a intentar señalar los hechos positivos y negativos con que hasta el momento contamos.

Si consideramos la etiología tuberculosa, hallaremos varias razones que la hacen a lo menos de muy dudosa aplicación para nuestros casos:

1a.—El aspecto local ya mencionado que no tiene las características típicas de la misma.

2a.—La coriorretinitis de tipo tuberculoso pertenece al grupo de las lesiones de tuberculosis llamadas quirúrgicas. ¿No es hasta cierto punto un poco sospechoso, que en un país como el nuestro, donde relativamente hay tan pocas tuberculosis quirúrgicas en comparación con la enorme cantidad de tuberculosis pulmonar, resulte que precisamente la enfermedad más importante del fondo del ojo del hondureño obedezca a este origen? Admitimos que esto dista de ser un argumento de una fuerza absoluta, si bien creemos que dista también de ser despreciable.

3a.—La evolución de la coriorretinitis **fuñica**, no tiene ni mucho menos esa evolución con tendencia a la curación espontánea, que presentan las nuestras y por otro lado es evidente que no se curan en su período de máxima agudeza, con el tratamiento antisifilítico, como nos ha parecido a nosotros poderlo observar casi a diario.

Por lo que respecta a la coriorretinitis producida por metástasis focales, creemos deber decir que en general no son admitidas sino después de haber descartado las etiologías tuberculosa y sifilítica. Absurdo sería por nuestra parte detener el análisis en este punto y la obscuridad del problema bien vale la pena de que se piense seriamente en esta etiología. Que muchos de nuestros enfermos presentan locos más o menos importantes de infección, es algo indudable: no tenemos para el caso más que pensar en uno de los puntos donde con más frecuencia existen infecciones en nuestros pacientes, nos referimos a las piezas dentarias, para comprender que por lo menos, tenemos pretextos de donde echar mane para instituir terapéutica antiinfecciosa con la intención de **curar**; la lesión ocular. ¿Qué se ha hecho a este respecto en el Servicio de Oftalmología de nuestro Hospital General? Preciso es decir que lo que se hizo al comienzo de la organización del mismo, no fue experimentado por mí mismo, de manera que me tengo que atener a las referencias que se me han dado. Según éstas, se llevaron a cabo pruebas en un buen número de enfermos a base de los medicamentos que en aquel entonces se disponía para combatir las infecciones; es cierto que en aquella época los productos sulfamidados no estaban al alcance de todo el mundo y que la Penicilina no se conocía, pero lo cierto es que esta terapéutica hecha principalmente a base de inyecciones de leche, que por cierto en otras infecciones oculares como en las úlceras con **hipopión**, da un resultado sorprendentemente magnífico, no dio en aquellos casos el menor resultado; esto motivó el rechazo de tal tratamiento, tanto más cuanto que con el antisifilítico se obtienen excelen-

tes resultados. Claro está que se podría alegar que una gran parte de estos tratamientos se llevaban a cabo con cianuro de mercurio y sales arsenicales, y que ten ende en cuenta las propiedades septicidas del primero de estos productos, se podía deducir, que si "bien los enfermos curaban de sus lesiones, ello era debido a -esta acción del cianuro de mercurio y no por su poder antisifilítica. Pues bien, cuando después de haber usado durante varios años el mercurio, se decidió por otras razones que no son del caso, usar las sales de bismuto, cuyo poder desinfectante es notablemente menos intenso, las curaciones se obtenían con igual o mayor rapidez. Por último, muchas veces ha sido necesario suspender el mercurio o el bismuto por intolerancia, y se ha continuado el tratamiento con las sales arsenicales solas, sin que por ello se haya dejado de producir la curación. A, pesar de todo ello, creemos que la investigación se debe llevar más adelante en el terreno de los focos infecciosos.

Así planteadas las etiologías tuberculosa e infecciosa, fácil es comprender que con verdadera ansiedad se esperase bastante del origen sífilítico de la enfermedad; sin embargo es necesario decir que aunque tal vez aboguen en favor de ella varias razones, hay muchas otras que o se oponen o que por lo menos no permiten que se pueda establecer de una manera clara.

La coriorretinitis, según los autores, se observa tanto en la sífilis adquirida como en la congénita. En la primera de ellas, puede encontrarse tanto en el período secundario como en el terciario, pero al paso que en el primero de estos períodos se- presentan las coriorretinitis difusas, en el terciario, las diseminadas, que son precisamente las que nosotros vemos. Nuestra coriorretinitis, de ser luética, correspondería por lo tanto a les accidenten de tipo terciario o al congénito. Pero naturalmente, desde el punto de vista clínico, y según las descripciones que de las sífilis, tanto adquirida como congénita recibimos de los libros de Patología que a nosotros nos llegan, sería necesario tanto en un caso como en otro, que estas lesiones coriorretiníticas, fueran acompañadas de otras lesiones de tipo terciario en el caso de sífilis adquirida, además de los datos que nos debería suministrar la anamnesis o de varias de las características de la hereditaria en el caso de suponer coriorretinitis por sífilis congénita. Desgraciadamente, lo que acabamos de decir dista mucho de ser lo que hemos hallado: nuestros enfermos ofrecen las mayores variantes a este respecto: unos no presentan absolutamente nada que haga pensar que nos hallamos ante un sífilítico, y en otros los datos de la anamnesis y aun. las mismas lesiones y estigmas, se presentan en forma tan atípica, tan borrosa, tan poco concordante con lo que dicen los libros de Sifiliografía, que nos hace llegar al siguiente dilema: o nuestra coriorretinitis no es luética o si lo es, nuestra sífilis no es como la de otros países. Y a este propósito, me parece recordar que más de un miembro de esta Sociedad ha expuesto ya en alguna ocasión algo sobre el atipismo de la sífilis en Honduras.

Cierto es sin embargo, que ante el fracaso de la clínica para ayudarnos en nuestras incertidumbres, nos queda el recurso del Laboratorio, pero es aquí precisamente donde nuestro desconcierto llega a su grado máximo.

Al pasar revista a unos 150 casos observados, vemos lo siguiente: en estos 150 casos habían 32 Kahn positivos, con la siguiente intensidad:

Más uno: 8

Más dos: 10

Más tres: 5

Más cuatro: 9.

lo cual nos da un tanto por ciento de 29,5.

Pero como quiera que desde luego no puede ser indiferente que las coriorretinitis estuvieran en periodo activo o **cicatricial**, hemos efectuado asimismo el cálculo, y nos hemos encontrado con que de esos 32 positivos, 24 corresponden a casos activos con un tanto por ciento de 40, mientras que en los casos cicatrizados, sólo figuran 8 positivos con un tanto por ciento de 8,8. Como se vé el número de Kahn positivos es considerablemente mayor en **los** activos, como realmente correspondería si las lesiones fueran de origen luético. Ahora bien, si esto sucede aquí ¿qué es lo que sucede con la serología en Oftalmología Universal? No hemos podido recoger datos que se refieran a la reacción de Kahn precisamente en la coriorretinitis **sifilítica**, pero sí hemos obtenido datos sobre la reacción en el periodo terciario de la sífilis adquirida, en el latente de la misma, y en los casos de sífilis congénita activa y latente, que son los periodos, según lo que dijimos anteriormente, en los que eventualmente encajaría la coriorretinitis nostras. **Estos** datos recogidos del libro de Stokes son:

Sífilis terciaria activa: 100%

Sífilis adquirida latente: 53,5%.

Sífilis congénita activa: 100%

Sífilis congénita latente: 42,8%

Como se vé las cifras por nosotros obtenidas y las anteriores están lejos de coincidir, puesto que en los casos de coriorretinitis activa, nos correspondería según ellos, un 100% de reacciones de Kahn positivas, y para los casos cicatriciales, de un 42,8 a un 53,5%, al paso que nosotros en las primeras sólo conseguimos un 40%, y en los segundos un 8,8%.

Por lo tanto ni la clínica ni el laboratorio son concluyentes; veamos que deducimos del tratamiento como piedra de toque.

## CONSIDERACIONES ACERCA DEL TRATAMIENTO

En vista del fracaso que se obtuvo en un principio con la terapia paraespecífica (leche, etc.) y a causa de las razones que sí bien con toda clase de reservas abogaban en favor de una etiología sifilítica, el **Servicio** de Oftalmología ha estado practicando sistemáticamente tratamientos específicos en todos los casos de coriorretinitis nostras. A menos que existiera alguna contraindicación especial, estos tratamientos han sido mixtos, es decir a base de cianuro de mercurio y de Neo-Salvarsán, llegando a un total de 30 inyecciones del primero y a unos 5 gr. totales del segundo, pero con dosis parciales pequeñas que no pasaban nunca de 0.45 gr. Últimamente se ha substituido el cianuro de mercurio por las sales de bismuto, por ser más tolerables y menos tóxicas, a menos que se trate de casos de pacientes en los cuales su estado sumamente grave obligue a actuar en forma rápida, en cuyas circunstancias se continúa empleando el mercurio. ¿Cuál es el resultado de este tratamiento?

Varias veces se ha intentado, en estos pacientes que llegaban con coriorretinitis activa, abandonarlos a su propia evolución bajo una estricta vigilancia, pero desgraciadamente nunca se ha podido estudiar hasta el final, el proceso, puesto que siempre se ha tenido que salir de la **inactividad** a causa de un brote de iridociclitis o de la tendencia del botón coriorretinitico a invadir la mácula. En estos casos, la institución del tratamiento específico, ha detenido siempre el proceso y lo ha curado después. Lo corriente en general es que la coriorretinitis, empieza a declinar apenas iniciado el tratamiento, que el vítreo se aclare rápidamente, que el botón de coriorretinitis se vaya aplanando poco a poco y que en consecuencia, la visión se normalice, si es que estaba más o menos alterada, por la turbiedad de los medios. Pero es preciso hacer constar que si bien esto es la regla, hay casos más rebeldes, en los que es necesario avanzar bastante en el tratamiento para obtener la mejoría, y aun existen otros en que la enfermedad, si es particularmente activa, puede continuar durante unos cuantos días su marcha progresiva a pesar del tratamiento, para declinar al cabo de ellos. Los casos más desesperantes son aquellos que muestran inclinaciones recidivantes, que se pueden operar algunos meses o años después de efectuado el primer tratamiento. Es por ello que se aconseja siempre a esta clase de enfermos, que aunque no experimentan ningún trastorno visual, regresen a la clínica, al cabo de unos 6 meses para control, una vez hecho el cual y según el estado del fondo del ojo, se les recomienda o un nuevo tratamiento o una vigilancia periódica. Desgraciadamente ésta no es fácil de conseguir en la mayor parte de los individuos, y si algún día vienen otra vez al Servicio, es cuando presentan ya una recidiva que se produce unas veces sobre la misma cicatriz anterior o en otro lugar cualquiera de la coriorretina.

Por lo que en este corto trabajo hemos expuesto, creemos que se habrá puesto de manifiesto la importancia que por su gran frecuencia, por sus graves secuelas y por ser manifestación de una enfermedad general, tiene la coriorretinitis **nostras** para el médico **general** hondureño, como así mismo los muchos **interrogantes** que existen aún, **en** lo que respecta a la **etiología** y al tratamiento de este proceso. Por nuestra parte, tenemos la intención de llevar a cabo en la medida de lo posible una nueva **revisión** del tratamiento de la **coriorretinitis**, volviendo a observar enfermos con el objeto de estudiar, de una manera más completa, la evolución natural de la enfermedad, aprovechar la existencia de los productos sulfamidados y de la Penicilina para hacer varios tratamientos de prueba, al mismo tiempo que extirparemos todos los **posibles** focos infecciosos en estos enfermos y así mismo llevaremos a cabo un mejor estudio de la reacción de Kahn haciendo reactivaciones, que tal vez nos puedan suministrar un mayor tanto por ciento de reacciones positivas y si tuviera la suerte de contar con la benevolencia de los señores socios, expondría los resultados de estas experiencias y así ayudar con esta pequeña contribución a los fines que persigue la Asociación Médica Hondureña.