

El Proceso De La Curación Espontánea En La Coriorretinitis Caribeña

Por el Dr. JOSÉ GÓMEZ MÁRQUEZ H.

En otros trabajos, como en el publicado por nosotros mismos en el pasado número de esta revista, hemos tenido ocasión de decir algo sobre los puntos más salientes de la "**coriorretinitis** caribeña endémica" y entre ellos hemos hecho resaltar la obscuridad en que todavía nos encontramos por lo que se refiere a la etiología y al tratamiento de esta enfermedad tan corriente entre nosotros. Anunciamos asimismo que con el propósito de proporcionar alguna aportación a las investigaciones que se llevan a cabo para la resolución de estos problemas, nos proponíamos hacer vanas experiencias basadas en los siguientes puntos:

1o.—Estudiar mejor, si era posible, la evolución espontánea de coriorretinitis.

2o.—Hacer tratamientos de prueba con Penicilina y otros remedios anti infecciosos.

3o.—Estudiar nuevamente el estado de la serología específica en sangre en estos enfermos (reacciones de Kahn, Wassermann, Mazini, etc.)

4o.—Extirpación de posibles focos infecciosos hipotéticamente causantes de la localización de la afección en la coriorretina.

Fieles a este programa, hemos iniciado ya el desarrollo de estos puntos. Desde luego, digamos ya desde un principio, que teniendo en cuenta que el número de casos que poseemos es exce-

-
- a) Glomérulo nefritis agudo focal.
 - b) Glomérulo nefritis aguda difuso.
 - c) Nefritis crónica no específica.
 - d) Nefrosis.
 - e) Formas mixtas.

2o.—La glomérulo nefritis aguda difusa tiene la característica que se inicia en el curso de la misma infección tal como ha de haber pasado con nuestro caso, pues el sarampión había tenido lugar un mes antes, y posiblemente desde entonces la nefritis comenzó a evolucionar.

3o.—Los signos más comunes son: Oliguria, hematuria discreta, albuminaria y cilindruria; aumento del nitrógeno sanguíneo, fiebre, hipertensión y edema, se encontraban más o menos típicos en nuestro caso.

4o.—El pronóstico de estas nefritis es bueno en general, duran de 30 a 50 días y ceden fácilmente a un tratamiento adecuado como pasó en el caso relatado en la presente observación.

Tegucigalpa, D. C, 10 de octubre de 1946.

de coriorretinitis (activo).
Flotantes finos.

El examen general del enfermo no da absolutamente ningún dato interesante. Tampoco por lo que se refiere a antecedentes del mismo y a los de sus padres y colaterales.

Exámenes complementarios

Orina: 0.

Sangre por Reacción de Mazzini: 0.

Con el objeto de dar comienzo a nuestras experiencias terapéuticas, se decide iniciar un tratamiento a base de Penicilina, inyectándose diariamente 100.000 U. O. a razón de 25.000 U. O. cada vez. Durante el curso de este tratamiento, se sigue una vigilancia cuidadosa del enfermo, haciendo periódicamente exámenes a la lámpara de hendidura con el objeto de estar al acecho de un posible brote iridoc **clítico**, se examina repetidas veces el fondo del ojo, para ver cual es el curso de la afección y se torna varias veces de nuevo la visión. Por lo que se refiere al primero, es decir el examen a la lámpara de hendidura, no observamos en ningún momento nada anormal. En lo que se refiere al examen del fondo del ojo, cabe decir, que uno efectuado en pleno tratamiento de Penicilina nos **suministró** los siguientes datos: En el ojo izquierdo el vitreo se había hecho más turbio, el botón de coriorretinitis más prominente y extenso, y por debajo de él observamos (lo cual no vimos en el curso del primer examen), un desgarro de la retina correspondiente al desprendimiento concomitante. Un nuevo examen llevado a cabo después de la inyección de 1.000.000 U. O. de Penicilina nos puso de manifiesto un empeoramiento del estado del fondo del ojo y los flotantes que como ya dijimos en un principio eran finos, habían llegado a ser gruesos y abundantes. La visión que al iniciarse el tratamiento era (sin instilación de atropina) de 0.9, era al finalizar el tratamiento (con atropina) de 0.6.

Fue en estas condiciones, que después de haber llegado al 1.000.000 de U. O. de Penicilina se decidió suspender la terapéutica. Entonces, y siempre por vía de ensayo, decidimos usar la leche, en inyección intramuscular, a razón de dos cc. el primer día, en dosis progresivas hasta llegar a 5 cc. Como quiera que las condiciones oculares previamente mencionadas, no cambiaron en absoluto, - o si acaso empeoraron, por lo que al estado del fondo del ojo se refiere, decidimos asimismo suspender la leche y observar el curso ulterior de la enfermedad, en medio de una buena vigilancia. Esto sucedió a partir del 31 de agosto.

El día 9 de septiembre empezamos a percibir por primera vez una mejoría. El fondo se veía con más claridad a pesar de que subsistían los flotantes gruesos. El botón coriorretinitico se había aplanado bastante y en ciertos lugares se empezaba a cargar de pigmento. Desde este momento, la mejoría ha continuado su curso

progresivo, aunque lento. El día 7 de octubre el examen oftalmoscópico se puede hacer en condiciones muy ventajosas por haberse aclarado el vitreo considerablemente. El botón se ha aplanado casi en su totalidad y se vé por fuera de él una zona blanco-grisácea de desprendimiento, circunscrita por pequeños brotes de eoriorretinitis, que limitan el proceso. Algo más abajo se observa el desgarró que ya mencionamos. En igual fecha se toma de nuevo la visión, esta vez sin atropina y obtenemos el entero.

En los momentos de escribir estas líneas, continúa el restablecimiento del fondo de ojo y la visión se mantiene asimismo dentro de los límites de la normalidad.

Comentario

El hecho de haber tenido la posibilidad de observar el caso sumariamente relatado en su conjunto, desde el momento en que la coriorretinitis estaba en pleno período evolutivo hasta su curación, nos llena de satisfacción porque así creemos poder sentar de una manera clara lo que ya sabíamos, o sospechábamos mejor dicho, es decir que la coriorretinitis caribeña **endémica** cura muchas veces espontáneamente y que si por suerte para el enfermo, la lesión no asienta en la reglón macular, es muy probable que el individuo recobre la visión normal, quedando únicamente como recuerdo del proceso, la placa de coriorretinitis cicatricial que con el tiempo se va pigmentando. Esto ya lo suponíamos por el hecho de llegar a nosotros frecuentemente enfermos, que consultando tal vez por causas banales, presentan en el curso del examen oftalmoscópico, su placa residual, sin que el paciente se haya sometido a ningún tratamiento, e incluso muchas veces, sin que recuerde haber tenido jamás alteraciones de su visión.

En el caso que nos ocupa, in'ciamos el tratamiento con Penicilina, con' el objeto de tener nuestra propia experiencia con este remedio que tan buenos resultados da, como es de sobra conocido, en otras enfermedades de tipo infeccioso. Como ya dijimos, no encontramos la menor mejoría durante el curso de esta terapéutica; por el contrario, la enfermedad siguió su curso ascendente; suspendimos el tratamiento al llegar a 1.000.000 U. O. por esta razón y no quisimos "ir adelante, temiendo que al aumentar la dosis total (y caso de obtener un buen éxito sobre la afección), diera lugar a discusiones sobre la posible etiología o luética, puesto que la Penicilina, parece que a altas dosis es eficaz en el tratamiento de los accidentes sifilíticos. Por otra parte, en un trabajo ulterior, tendremos ocasión de hacer algunos comentarios acerca de la eficacia de la Penicilina en lesiones oculares supuestamente específicas.

El empleo de la leche por vía intramuscular, después del fracaso de la Penicilina, está basada en los excelentes resultados que esta terapia nos ha proporcionado en afecciones claramente infecciosas del ojo (úlceras de la córnea con hipopión, etc.), y sin

embargo como ya se dijo, la coriorretinitis aparentemente no experimentó ningún cambio favorable. Fue en este momento que decidimos suspender todo tratamiento y adoptar únicamente la posición de la expectación armada con el fin de estudiar la evolución espontánea de la afección. Y decimos espontánea, porque no creemos, que la curación posterior, bastante posterior por cierto, se pueda atribuir en forma alguna al tratamiento penicilínico o de leche, primitivos, puesto que ambas medicinas actúan de una manera rápida y sus efectos caso de ser beneficiosos, se van observando a medida que se va introduciendo el remedio en el organismo. Creemos pues firmemente, que la curación se debe simplemente a la tendencia natural de nuestra coriorretinitis hacia su resolución y queremos anunciar ya desde estas líneas que en el Servicio de Oftalmología del Hospital General, tenemos en estudio varios casos de los que podíamos llamar de "expectación armada" y que concierne no sólo a la coriorretinitis, sino así mismo a las iridociclitis y queratitis intersticial, afecciones éstas que entre nosotros presentan la misma obscuridad en cuanto a etiología que la que ya hemos tenido ocasión de apuntar varias veces con respecto a la coriorretinitis.

Según el razonamiento anterior, tenemos pues una prueba más del hecho que la coriorretinitis caribeña endémica puede curar espontáneamente y de ello se deduce inmediatamente lo siguiente: Que todo ensaya terapéutico que se haga, en una enfermedad como ésta, capaz de curar por sí sola, debe ser hecho con la máxima cautela y espíritu crítica, ya que expone al clínico a atribuir excelentes propiedades curadoras a **cualquier** remedio, si éste es aplicado en el momento de la declinación espontánea de la enfermedad.