

Notas Acerca de la Patología Conjuntival en Honduras

Por el Dr. JOSÉ GÓMEZ MÁRQUEZ h.

Séame permitido ante todo, intentar apartar de todos vosotros, la repugnancia con la que probablemente estaréis dispuestos a escucharme en esta plática a cerca de la patología de la conjuntiva en Honduras. Creo sinceramente que es a vosotros médicos generales a quienes más que nadie interesa este tema, ya que a cada momento sois consultados por pacientes que buscan a su médico de cabecera para intentar poner remedio a sus trastornos oculares subjetivos. La mayor parte de estos, que presentan los hondureños, no los podréis explicar por medio de lo que hayáis estudiado en los libros de Oftalmología que os vienen de los Estados Unidos o de Europa, por la sencilla razón de que una gran parte de estos trastornos obedecen a alteraciones del polo anterior del globo ocular, aún no descritas por los oftalmólogos de aquellos países, y que son absolutamente típicas, desde luego de Honduras y con toda probabilidad de Centro-América por lo menos.

No pretendo ni mucho menos, hacer recaer sobre mí todo el peso de la descripción de unos cuadros patológicos, que podríamos calificar de todavía inéditos en Oftalmología Universal; muy por el contrario, vengo únicamente a ampliar en algunos puntos y a repetir en otros muchos lo que ya mi padre ha descrito en un artículo aparecido en la revista, "Anales del Hospital San Felipe de 1944" y que lleva por título "Enrojecimientos Oculares Recidivantes de Honduras". A modo de disculpa, por lo incompleto de este trabajo, he de avanzar, que tal como sucede desgraciadamente en la mayor parte de nuestros trabajos, debemos de basarnos única y exclusivamente en la clínica, viéndonos obligados a hacer a un lado los importantísimos datos que nos podrían suministrar el Laboratorio y la Anatomía Patológica, por carecer aún de servicios de estas especialidades suficientemente dotados.

Digamos para entrar en materia que las alteraciones conjuntivales, a que vamos a hacer referencia, las presentan prácticamente todos los hondureños, de manera que aunque sólo fuese por su enorme frecuencia, bien valdría la pena, que todo médico hondureño las conociera. Para su mejor estudio, las dividiremos en dos grandes grupos:

1^o—Período fluxionario.

2^o—Período frío.

1" —Período fluxionario

Este suele presentarse indiferentemente en uno y otro sexo, durante todo el curso de la vida genital y muy raramente fuera

de ella. Los enfermos que la padecen, se ven súbitamente atacados por una serie de trastornos subjetivos, consistentes en sensación de ardor y picazón en los ojos, impresión de cuerpo extraño ocular que los enfermos suelen describir muy gráficamente diciendo que "tienen un arenoso en los ojos". **Al mismo** tiempo dicen amanecen con los ojos pegados, pero tanto el examen objetivo como ' un interrogatorio bien hecho demuestran que en realidad no hay secreción conjuntival, sino todo lo contrario, es decir, una sequedad de las conjuntivas, lo cual por otra parte es común a todos los estados hiperémicos que traen consigo una disminución de la lubricación de los ojos y en consecuencia dificultad para el deslizamiento de las conjuntivas palpebrales sobre los bulbares. Habitualmente hay fotofobia y lagrimeo.

El examen del polo anterior de los ojos nos muestra lo siguiente :

Que a primera vista, el enfermo presenta las conjuntivas de ambos ojos hiperemiadas y un examen más atento, haciendo dirigir al enfermo los ojos sucesivamente hacia arriba, abajo, a la derecha y a la izquierda nos demuestra que esta hiperemia está perfectamente limitada ocupando única y exclusivamente las zonas de las conjuntivas situadas a cada lado de la córnea y que normalmente están expuestas a los agentes externos mientras que todo el resto de las conjuntivas presenta un aspecto absolutamente normal. El examen de las lágrimas investigando diversos gérmenes es constantemente negativo.

Estas crisis, duran desde unas horas hasta una semana y lentamente van desapareciendo hasta recuperar las conjuntivas su aspecto normal. Estas fluxiones pueden repetirse varias veces al año y así se comprende que la sucesión de varias de ellas, vaya dejando sus huellas, consistentes en un engrasamiento de las conjuntivas, precisamente en los lugares que ocuparon las zonas hiperemiadas, es decir los espacios laterolímbicos. A este proceso activo, es a lo que el autor ha llamado epibulbitis esencial.

Resumiendo por lo tanto, tenemos, que estas epibulbitis esenciales, constan de un cortejo de síntomas subjetivos consistentes en ardor en los ojos con sensación de cuerpo extraño, fotofobia y lagrimeo y de un solo síntoma objetivo que es la hiperemia de los espacios laterolímbicos.

2º—Período frío

Como acabamos de decir, la repetición de estos brotes hiperémicos, una y otra vez en el mismo lugar, va dejando poco a poco sus huellas, dando lugar a la formación de engrasamientos conjuntivales. Es por esto, que así como el proceso anteriormente descrito, se le asignaba el nombre de exhibulbitis, a éste por ser esencialmente frío, degenerativo, se le llama epibulbosis. Por su diferente grado de desarrollo conviene dividirlo en tres tipos:

a) En el primer tipo, los espacios laterolimbicos de las conjuntivas de ambos ojos, están ligeramente edematosos, con unas estriaciones verticales que le dan un brillo especial y de un color amarillento o rosáceo.

b) El segundo tipo es una acentuación del anterior: el edema conjuntival de los espacios laterolimbicos ha aumentado, llegando a formar una serie de engrosamiento que sobresalen claramente por encima del nivel del resto de la conjuntiva sana, pero respetando la córnea, a la que en este tipo no invade nunca. Aquí y allá existen unas placas irregulares, mates, que hacen recordar las placas de Bitot que se observan en la avitaminosis "A"; sin embargo, al examinar estas lesiones por medio de la lámpara de hendidura es fácil observar ciertos caracteres que diferencian unas de otras: al paso que en las placas de Bitot, se ve que estas tienen una forma triangular con la base habitualmente dirigida hacia la córnea, éstas, están formadas por un acumulo de burbujitas reunidas en islotes irregulares.

c) En el tercer tipo, existe invasión de la córnea por parte de la conjuntiva degenerada. La epibulbosis, después de haber franqueado el limbo, avanza hacia el centro de la córnea, emitiendo lengüetas, que con frecuencia se insinúan por debajo del epitelio corneal, levantando al mismo; resulta así que la parte de la epibulbosis que avanza en plena córnea, forma una línea irregular, existiendo muchas veces en su extremidad más interna, un nódulo amarillento gelatinoso, desprovisto de vasos que se desliza por debajo del epitelio corneal sin alterar la transparencia del mismo. Los vasos de esta epibulbosis tipo tres, discurren en forma más o menos paralela desde la parte externa hasta la interna, observándose con cierta frecuencia que al llegar al limbo, pasan por debajo del epitelio corneal, continuando su camino hacia la extremidad interna de la conjuntiva degenerada. Se puede observar de vez en cuando, que las epibulbosis del tipo tres, avancen tanto desde el lado nasal como del temporal, pudiendo entre ambos cubrir la pupila en casi toda su extensión, pero nunca se ha visto que lleguen a contactar completamente.

La Oftalmía Vesiculosa

Perecería por demás incompleta, una exposición por somera que sea, de las alteraciones conjuntivales propias de los hondureños, y que como decíamos, no están descritas aún en los tratados de Oftalmología Universal, sino dijéramos algo, de los que mi padre ha descrito ya en el mismo número de la revista, "Anales del Hospital San Felipe", con el nombre de oftalmía vesiculosa, afección extremadamente frecuente entre nosotros y cuyas relaciones con las epibulbitis están aún por ser establecidas de una manera clara.

Esta afección aparece, igualmente que las epibulbitis en forma explosiva, sin distinción de sexos e igualmente en personas en

plena actividad sexual; al contrario de las crisis epibulbiticas, ataca aisladamente a un solo ojo, si bien posteriormente puede o no presentarse en el opuesto.

El paciente, siente bruscamente la sensación de un cuerpo extraño intraocular, y aún muchas veces está tan convencido de ello, que intenta relacionar alguna manipulación que haya estado haciendo, como la causa de la entrada del supuesto cuerpo; a continuación aparece la fotofobia y un lagrimeo que varía de intensidad, pero que con frecuencia llega a ser muy intenso.

Al examen objetivo del ojo enfermo, nos muestra a la simple inspección, una inyección conjuntival que se extiende desde los fondos de saco hasta cerca del limbo; e incluso en ocasiones, puede haber una inyección periquerática cuando la córnea participa del proceso como veremos más adelante. En los ojos con epibulbosis, la hiperemia se detiene o al menos se atenúa por encima y por debajo de las mismas. A simple vista o sino ayudado por medio de la iluminación oblicua, se ve ya muchas veces que en ciertos sectores las conjuntivas tanto bulbares como palpebrales, presentan irregularidades; si estudiamos estas zonas por medio de la lámpara de hendidura, constataremos, que estas irregularidades están formadas por vesículas redondeadas, absolutamente transparentes, cuyo tamaño real varía entre la punta y la cabeza de un alfiler. Estas formaciones se pueden visualizar aún mejor cuando en lugar de lanzar el haz luminoso directamente sobre ellas, se las examina por difanosocopia. En algunos casos, las vesículas traspasan el campo conjuntival y llegan a invadir el epitelio corneal, pudiendo dar lugar al abrirse a la formación de pequeñas erosiones. Asimismo se comprenderá que la presencia de tales vesículas sobre la córnea puede dar lugar a una inyección periquerática que uniéndose a la inyección conjuntival, haga aparecer totalmente congestionado el polo anterior del ojo.

El examen de las lágrimas (en ausencia de secreción), ha sido constantemente negativo.

Por la sintomatología anteriormente enumerada, se comprende que algunas veces, después de un examen del polo anterior a simple vista, se puede hacer en principio un diagnóstico de iritis; desde luego que la presencia de las vesículas y la ausencia del rico cortejo sintomático de la iritis, precipitados, turbiedad del humor acuoso, sinequias, etc., nos harán sentar el diagnóstico.

El cuadro de la oftalmía vesiculosa, suele prolongarse por espacio de varios días, desapareciendo habitualmente en forma paulatina. Puede repetirse a intervalos más o menos cortos o permanecer también como un hecho aislado.

Diagnóstico diferencial de los cuadros arriba mencionados

Epibulbitis

Su manera de presentarse, su localización tan típica y constante, son factores tan importantes, que no es fácil que pueda haber confusión con ninguna de las alteraciones conjuntivales hasta el momento descritas.

Ebibulbosis en sus diversos tipos

Tipo 1

Es preciso hacer el diagnóstico diferencial con la pingüecula:

Epibulbosis tipo 1

Aparece tanto en el espacio laterolímbico nasal como temporal aunque habitualmente es más marcado en el nasal.

Zonas ligeramente edematosas con estriaciones verticales de la conjuntiva de un color amarillento, extendiéndose desde las inmediaciones de la cornea y perdiéndose gradualmente hacia los ángulos palpebrales.

No desaparece nunca espontáneamente, sino que por el contrario, tiende a transformarse con el tiempo en los tipos dos y tres.

Aparece en la pubertad y aumenta con el tiempo.

Debe considerarse como consecuencia lógica de los brotes de epibulbitis.

Epibulbosis tipo dos

Cabe hacer el diagnóstico diferencial de este tipo con la xerosis donde como es sabido se encuentran las placas de Bitot que consisten en "unas formaciones que examinadas a la lámpara de burbujas agrupadas en islotes irregulares; además en la xerosis simplemente dirigida hacia la córnea, que no se moja con las lágrimas. En cambio en las epibulbosis tipo dos, lo que se ve es una serie de burbujas agrupadas en islotes irregulares; además en la xerosis las placas de Bitot nunca invaden la córnea sino que quedan localizadas a las conjuntivas.

Pingüecula

Aparece únicamente en el espacio laterolímbico nasal.

Acumulo amarillento que puede llegar a tener hasta unos 3 mm. de circunferencia, bastante delimitado.

Puede desaparecer en algunos casos espontáneamente o en todo caso permanece en forma estacionaria

Aparece en la madurez.

Se atribuye a la exposición a los agentes externos irritantes, pero sin la existencia de brotes hiperámicos claros.

Epibulbosis tipo tres

A diferenciar claramente del pterigión.

Epibulbosis tipo tres

Engrosamiento edematoso, salpicado de nódulos **gelatinosos**.

Vascularización en manguito horizontal.

Forma más o menos rectangular que termina por su extremo corneal en varias cabezas y por su extremo opuesto en la pinguécula.

Sen en número de cuatro siempre, dos nasales y dos temporales siendo normalmente los mas desarrollados las nasales.

Creecimiento muy lento, a partir del tipo uno, estando reservado sólo al tipo tres, la invasión de la córnea.

Pterigión

Neoformación membranosa, aplanada no edematosa.

Vascularización en ala de insecto.

Forma triangular con la base confundiéndose con el repliegue semilunar y el extremo corneal formado por una sola cabeza implantada en la superficie corneal, teniendo una estrangulación a su paso por el limbo.

Son habitualmente uno a dos,, siempre nasales

Creecimiento rápido con invasión corneal.

Estas son en líneas generales, las características que separan las epibulbosis tipo tres de los perigiones; sin embargo, digamos ya desde ahora, que a parte de estos casos bien delimitados existen otros en los que hay caracteres de los dos y es bastante difícil, en ausencia de otros medios de investigación, decir a cual de los dos grupos pertenece una determinada degeneración.

Oftalmía vesiculosa

Desde luego el aspecto de esta oftalmía tiene sus analogías con el herpes zoster de la rama oftálmica del quinto par craneal, donde también existe una hiperemia conjuntival y presencia de vesículas. Sin embargo, cuando en el herpes, la córnea llega a estar afectada, sus lesiones tienen un carácter de suma gravedad que es precisamente todo lo contrario de lo que sucede con nuestra oftalmía y así como en esta no se produce nunca iritis concomitante, en el herpes es bastante frecuente.

Posibilidades etiológicas

El solo hecho de estar intentando describir, aunque sea con el firme apoyo de los trabajos a que nos referimos anteriormente, es una verdadera temeridad, puesto que para ello hemos tenido

que prescindir de todo lo escrito sobre patología conjuntival en Oftalmología Universal. Así se comprenderá que si difícil es hablar desde el punto de vista descriptivo únicamente, mucho más lo será por lo que al factor etiológico se refiere.

El estudio razonable de las alteraciones conjuntivales a que acabamos de hacer referencia, desde el punto de vista causal, lleva consigo la investigación anatomopatológica, ensayos sobre los factores anafilactizantes, avitaminosicos, etc., cuestiones todas que entre nosotros no es posible aún llevar a cabo por lo incompleto de nuestros Laboratorios y la ausencia total de Institutos de Patología y Fisiología experimental y de un Gabinete de Anatomía Patológica. Todas las reflexiones que se hagan sobre el problema no pueden tener por ello una base sólidamente científica y no tienen más valor que el de las simples hipótesis.

Como ya se ha dicho repetidamente, es manifiesto que existe una estrecha relación entre las epibulbitis y las epibulbosis en sus diferentes tipos dada su localización idéntica y la aparición de ellas en las mismas personas, es lógico suponer que los diversos brotes de epibulbitis, son los responsables en plazos más o menos lejanos, de la producción de un encharcamiento de la conjuntiva en los espacios laterolímbicos, y que va dando lugar sucesivamente a la formación de las epibulbosis en sus diversos tipos. Ahora bien: una vez admitida esta hipótesis, a que es debida la epibulbitis? El hecho de presentarse únicamente en los espacios laterolímbicos parece que debe llevarnos a la idea de que el factor exposición a los agentes exógenos (luz aire, polvo, etc.), tiene algo que ver con su aparición. Pero probablemente no es ello solo, porque en otros países donde la irradiación solar y el polvo son tanto o más abundante que en el nuestro, no se observa el tal fenómeno. Por otra parte es un hecho observado que los europeos residentes en Honduras o no tienen epibulbitis o en todo caso se presentan después de muchos años de estancia en el país y habitualmente no llegan mas que a la epibulbosis tipo uno. La conclusión lógica debe ser, que a parte del factor irritante exógeno, hay otro peculiar del hondureño, que contribuye a los brotes epibulbíticos. La analogía de las placas de Bitot de la xerosis con las lesiones observadas en nuestras epibulbosis, ha hecho pensar en la posibilidad de que uno de los factores, fuera una carencia de vitamina "A", que prepara el terreno, sobre el que después actuarían los factores exógenos, sin que entre estos últimos se deje de apuntar la sospecha de algún factor anafilactizante.

Por lo que concierne a la etiología de la oftalmía vesiculosa, estamos en una oscuridad tan grande como lo que se refiere a las epibulbitis. Sin embargo, sus analogías con el herpes zoster

conjuntival, debe hacernos investigar desde luego por el lado de los virus, que como sabemos parece ser el causante de la enfermedad mencionada.

Tratamiento

Apenas si es necesario decir, hasta que punto estamos desorientados en cuanto al tratamiento de estas alteraciones conjuntivales, empezando por nuestra ignorancia respecto a la etiología. Y ello precisamente constituye un serio problema para el oftalmólogo que ejerce en Honduras, puesto que casi todos los enfermos que le consultan, se quejan de lo mismo: ardores, sensaciones de cuerpos extraños, brotes hiperémicos de las conjuntivas. A estos pacientes, no se les ha podido hacer hasta el momento ningún tratamiento científicamente justificado y de una manera bien empírica por cierto, se les prescribe Vitamina "A". El problema, como otros tantos oculares en Honduras, no es ni mucho menos de la exclusiva competencia del oftalmólogo, sino, tal vez más aun de los médicos internistas, de los Laboratoristas, de los especialistas en problemas de anfilaxia y alergia, etc.

Por lo que se refiere el caso particular de las epibulbosis, debemos aconsejar en general la abstención quirúrgica, especialmente para los tipos uno y dos, porque aunque se extirpen las proliferaciones **conjuntivales**, el factor etiológico subsiste y el enfermo continúa con sus brotes hiperémicos que es lo que más le molesta. En cambio en los casos de epibulbosis tipo 3, con avance franco hacia el **interior** de la córnea, es de recomendar la extirpación tal y como si se llevase a cabo una extirpación de pterigión.