

Divulgaciones oftálmicas*¿Los Problemas de la Catarata en Honduras?*

Por el Dr. JOSKJÓMEZ-MARQUEZ GIRONES

Subjefe del Servicio de Oftalmología del Hospital General.

(Trabajo presentado a la Asociación Médica Hondureña en la sesión ordinaria de Enero).

Hemos podido observar en los últimos tiempos, un afán muy digno entre todos nosotros, para estudiar los problemas concernientes a nuestra propia patología, desde el **momento en que** se ha ido reconociendo que ella tiene una serie de características peculiares, no reconocidas, desde luego, por los tratados extranjeros. Ya son vanos los colegas que se han preocupado en el seno de nuestra Asociación de ir exponiendo algunos de estos problemas en relación con los campos de la Medicina, más próximos a su práctica diaria. Nosotros mismos, hemos tenido ocasión de disertar **en** algunas ocasiones, sobre aspectos muy particulares de nuestra patología ocular, cuando nos hemos referido a los enrojecimientos oculares recidivantes en Honduras y a las coriorretinitis tan sumamente frecuentes entre nuestros pacientes oculares. Sin embargo, todos nos hemos preocupado esencialmente de asuntos de Patología Médica, como si con nuestro silencio diéramos por descontado, que la Patología Quirúrgica fuera aquí lo mismo que en otros lugares. Ahora bien, esto no es probablemente cierto: si los cirujanos nos ponemos a recordar, cuáles son las entidades morbosas que se nos presentan o las intervenciones quirúrgicas que con mayor frecuencia tenemos que practicar, constataremos que en general nuestra variedad patológica no es muy grande; por otra parte, una revisión de las complicaciones, que suelen presentársenos en el curso post-operatorio de nuestros enfermos, nos suministrará datos bien diferentes en cuanto a cantidad y calidad, de los que nos proporcionan los tratadistas universales. Quiere ello decir, que también en el campo de la cirugía tenemos mucho que estudiar de nuestros problemas, Unas, veces por la ausencia de una serie de entidades morbosas, otros por la presencia de algunas, que o no existen o son sumamente raras en otras latitudes y en fin, en otras ocasiones, porque nuestros pacientes tienen reacciones diferentes a las estudiadas clásicamente: algunas veces en pro y otras **en** contra.

El objeto de este preámbulo es especialmente hacer hincapié, en lo que se refiere a la necesidad de preocuparnos también por nuestra Patología Quirúrgica, bien sea ésta abdominal, urinaria, ginecológica, otorinolaringológica, oftálmica, etc., estudiando minuciosamente los cuadros que con mayor frecuencia se nos presentan, para analizarlos en cada una de sus partes, tanto en lo que se refiere a su sintomatología como a su terapéutica y pronóstico.

Nosotros, queremos por ello, abordar hoy un tema, que aunque en un campo bien circunscrito como es el de la Oftalmología, puede ser como una señal de alarma, para que se investiguen hechos análogos en otros terrenos de la Cirugía General.

Sería nuestro deseo, entrar de lleno en materia, pero el hecho de hallarnos ante un auditorio algo heterogéneo, quiero decir, compuesto por compañeros que se dedican a las ramas más diversas de la medicina, me obliga a hacer algunas referencias previas, que serían absolutamente innecesarias, ante un auditorio compuesto exclusivamente de oftalmólogos.

En cirugía oftálmica, la extracción de la catarata es por muchas razones una de las intervenciones que con más frecuencia se efectúan, y donde el globo ocular sufre uno de los mayores traumatismos. Muy interesante, por lo tanto, tiene que ser el estudio de los siguientes problemas. ¿Es la catarata entre nosotros, tan frecuente como en otros lugares? ¿Se presentan las mismas formas e igual cantidad de cataratas? ¿La edad de los pacientes de cataratas es igual a la de otros lugares? ¿Qué cantidad existen de cataratas patológicas (ciclíticas, diabéticas, luéticas, etc.)? ¿El tratamiento quirúrgico de la catarata es igual? ¿El pronóstico es idéntico?

Es muy posible que no podamos hallar una diferencia clara entre el número de enfermos con cataratas que observamos en Honduras, del que se observa habitualmente en otras partes del mundo; sin embargo, aunque no poseemos datos estadísticos suficientemente exactos, creemos factible aventurar, que tal vez hay más casos de catarata entre nosotros, debido a que el número de cataratas seniles es probablemente igual al de otros lugares, pero a él tenemos que agregar una gran cantidad de cataratas patológicas, como posteriormente veremos, especialmente cataratas ciclíticas.

En cambio, sí podemos presentar peculiaridades bien manifiestas, por lo que a la clase de nuestras cataratas se refiere. Por el hecho anteriormente ya apuntado, de la heterogeneidad del auditorio, nos vemos precisados ante todo, a presentar aunque sea en forma sumamente rápida, las distintas especies de cataratas que habitualmente se estudian.

1°—Cataratas progresivas, cuyo tipo es. la catarata senil, y que se dividen en catarata cortical y catarata nuclear. En la primera de ellas, se observa al hacer el examen de 3a iluminación pupilar, una serie de radios negros que de la periferia se dirigen hacia el centro. En la segunda, en la nuclear, se observa mediante el mismo examen, una mancha redondeada obscura en el centro del campo pupilar, que corresponde al núcleo opaco. Ambas formas, llegan en el curso de algún tiempo a formar la catarata total.

2°—Las cataratas estacionarias, que casi siempre son congénitas. Entre éstas tenemos la catarata capsular anterior, debida al parecer, a una hipertrofia con opacidad del epitelio que cubre la cara interna de la cristaloides anterior. La catarata capsular posterior, que es debida habitualmente a depósitos acumulados sobre la cristaloides posterior y que en ciertas ocasiones es debida &.

la persistencia de la red pericristalina, dependiente de la arteria hialoidea del embrión. En la catarata zonular la opacidad es de la membrana del núcleo, de tal manera que quedan transparentes las partes central y periférica del cristalino.

3?—Las cataratas ciclíticas, consecutivas, a graves alteraciones de las membranas vasculares del ojo, como en las iridocilicis, corioretinitis y miopia alta, en la cual el cuerpo ciliar enfermo, no puede nutrir en forma conveniente el cristalino y provoca su opacificación. Esta clase de cataratas, dan habitualmente una imagen muy característica, consistente en la opacificación de las capas posteriores de la corteza en forma de estrella. Existe además otra catarata análoga a la anterior, debida al depósito de exudados por detrás de la cápsula posterior como se observa con frecuencia en las ciclitis.

49—Catarata constitucional debida a una diátesis como la diabetes, nefritis, sífilis, etc.

Con arreglo a esta clasificación, debemos decir, que entre nosotros existen un tanto por ciento sumamente elevado de cataratas ciclíticas y polares posteriores, todo lo cual, como se comprenderá, constituye una serie de circunstancias desfavorables para la operación de las mismas.

En la edad de nuestros pacientes de catarata observamos habitualmente también notables diferencias. Un gran porcentaje de ellos están por debajo de los 40. Ello se comprende fácilmente, si tenemos en cuenta, como decíamos antes, que buena parte de las cataratas que observamos, son ciclíticas o polares posteriores, y que por lo tanto, dependen de un estado patológico de las membranas vasculares del globo ocular, que trastornando la nutrición del cristalino, provocan su degeneración. Este factor de la edad, tiene importancia tanto desde el punto de vista etiológico como terapéutico. Bajo el primer punto de vista, queremos insistir en lo que la mayor parte de los tratadistas dicen al respecto, esto es, toda aquella catarata, que aparece en un individuo, no senil, es decir, en uno que no ha pasado de los 50 años, debe en general, considerarse como una catarata patológica, ocasionada por lo tanto, por una diátesis, en la que pueden intervenir, la diabetes, la lúes, la nefritis, la tetania (en los niños), etc. En el segundo aspecto, la aparición de cataratas en una edad temprana, constituye un contratiempo notable para la intervención quirúrgica. Como ya algunos de ustedes, habrán tal vez tenido ocasión de formarse idea con la lectura de nuestro trabajo en el último número de esta Revista, la intervención ideal, la que por muchas razones debe considerarse como técnica de elección en la operación de catarata, es la extracción total y más particularmente, la facoerisis. Ahora bien, como esta técnica consiste en la extracción de todo el cristalino opacificado, se comprende fácilmente, que ella será tanto más viable cuanto más débiles sean las inserciones zonulares de la lente, que va en razón directa con la edad del individuo: en otras palabras, lo corriente es que las zónulas sean tanto más débiles cuanto más anciano es el individuo y más fuertes, más resistentes cuan-

tos más joven es él mismo. Una zónula resistente, compromete seriamente la extracción total, puesto que las tracciones que deben ejercerse para romper las inserciones zónulo-cristalinas, pueden llegar a tener que ser tan fuertes, que provoquen la ruptura de la cápsula antes que la de las inserciones mismas. Esto convierte, por lo menos, una extracción total en una incompleta, con la presencia de masas en la cámara anterior, que son un factor muy serio en el curso post-operatorio, por alargar el curso del mismo y por provocar fácilmente iridociclitis traumáticas, que aparecen aún con mayor facilidad en nuestros enfermos, afectos en general de cuerpos ciliares patológicos, como ya insistiremos más adelante. Ello no quiere decir, sin embargo, que la extracción total sea imposible, con el procedimiento de la facoerísis por ejemplo, y se ha llegado incluso a la extracción total en enfermos de 17 años de edad, mínima, según nuestros informes.

Por lo que a la cantidad de cataratas patológicas se refiere, ya se ha visto, que hemos insistido mucho en la frecuencia de las cataratas ciliáticas, por su frecuencia. Esta es, desde luego, mucho mayor *dé*, lo observable en Europa. Las opacidades del cristalino, por el contrario, en las cuales la diátesis causal, haya sido la diabetes, es extremadamente rara entre nosotros y en cuanto a la nefritis no hemos observado ni un solo caso, pudiendo decir lo mismo sobre la tetania. Volviendo sobre el punto de la diabetes, debemos decir, que en el curso de diez años, que hemos -tenido ocasión de trabajar con nuestro padre, habremos observado aproximadamente unos 6 casos de cataratas en diabéticos. Se dirá, que hablamos de cilitis en general, sin colocarle **ningún** calificativo. Lo hemos hecho expresamente porque el hablar de este tema nos llevaría a una discusión de otro mucho más amplio, que hemos tocado en algunas ocasiones en esta misma Casa. En efecto, las cilitis, es decir, la inflamación más o menos tórpida, como son generalmente entre nosotros, del cuerpo ciliar, no pueden considerarse en una forma aislada, sino formando la larga cadena, de las coriorretinitis, de la iritis, de las queratitis intersticiales, porque todas ellas afectan prácticamente una misma membrana del ojo, es decir, la membrana vascular, como es el iris, el cuerpo ciliar y la coroides y el parenquima corneano, cuyas conexiones vasculares son ampliamente conocidas de todos. Queremos agregar, que muchos de nuestros pacientes con catarata, presentan al estudio con el bio-microscopio, secuelas indudables de iridocilitis que pasaron en **algún** tiempo y también que en el curso de un examen de fondo de ojo, especialmente en las cataratas polares posteriores, se descubren lesiones cicatriciales de coriorretinitis, cuya etiología hemos discutido detenidamente en otras ocasiones.

El tratamiento de las cataratas entre nosotros, merece también algunas consideraciones. En primer lugar, la extracción total de la catarata, que en cualquier otro lugar del mundo, resuelve en forma sumamente ventajosa el problema, no lo hace aquí sino parcialmente. En efecto, como es sabido, y como hacíamos justamente referencia en el artículo que publicamos en el último número de

nuestra Revista, la extracción total, ofrece entre otras, la inmensa ventaja, de no dejar restos capsulares, que si con otro material humano, resulta sumamente desagradable por el curso post-operatorio lleno de complicaciones, debido principalmente a los brotes de iridociclitis, entre nosotros, resulta verdaderamente desastroso, porque como hemos apuntado ya, e insistiremos nuevamente, los ojos de nuestros pacientes, tienen iridociclitis latentes que se despiertan con facilidad ante el traumatismo operatorio. Sin embargo, la extracción total, aun siendo lo mejor, provoca asimismo serias dificultades, por el hecho de que el traumatismo que se ejerce sobre el cuerpo ciliar, en el acto de la desinserción de la lente opaca, irrita a éste en forma extraordinaria, con resultados, frecuentemente malos. Es decir, que la operación se presenta en nuestros pacientes, con un horizonte muy poco despejado. Por otro lado, la intervención se obstaculiza, en muchos casos por la presencia de sinequias posteriores, es decir, por adherencias del iris a la cara posterior del cristalino, que en algunas ocasiones, no es factible poner en evidencia, ni siquiera con el biomicroscopio, antes del acto quirúrgico. La presencia de tales sinequias,, que en ciertas ocasiones son sumamente densas, es causa, de que con motivo de la extracción total, se sumen estas inserciones patológicas, a las normales de la lente con 3a zónula, aumentando así la resistencia de la catarata a dejarse desprender y sometiendo al globo ocular ya abierto a una serie de tracciones intempestivas, que unas veces puede llegar a producir la ruptura de la cristaloides, convirtiendo la extracción completa en incompleta, o la pérdida de una parte de vitreo.

De todas las consideraciones anteriormente expuestas, se desprende fácilmente que el pronóstico de nuestras cataratas, no puede ser en general, lo favorable que es en otros medios, debido al pésimo material humano que poseemos. Como se ha dicho, no nos enfrentamos habitualmente a cataratas seniles sino a cataratas cíclicas y cuando éstas no lo son en el sentido estricto de la palabra, hay cuando menos, cuerpos ciliares enfermos, ojos con iridociclitis latentes, que se convierten en activas por el traumatismo quirúrgico. Ojos operados en forma correctísima, que al cabo de unas semanas, nos darían con otros enfermos, y mediante la corrección oportuna, un entero de visión para cada ojo, tardan meses y meses en curar; las iridocilitis, dan por resultado, la formación de adherencias del iris a la cara posterior del cristalino o al cuerpo vitreo, se forman exudados en la cámara anterior y el curso post-operatorio se vuelve tal vez peor que el que se observaría en cualquier país del mundo con una extracción incompleta. Ante esta serie de hechos tan desagradables y tan sumamente descorazonadores para el cirujano oftálmico, se ha pensado como poner remedio a la situación. Teniendo en cuenta, los conceptos etiológicos que hemos expresado en varias ocasiones, sobre nuestras coriorretinitis, iridociclitis y queratitis parenquimatosas, hemos administrado a ciertos enfermos tratamientos mixtos a base de arsenicales y bismuto antes y después de! acto quirúrgico, sin que, en general, los resultados

hayan sido favorables. Creemos, que el problema no es susceptible de ser resuelto cuando los enfermos llegan ya a nosotros con lesiones más o menos crónicas, sino que requiere más bien, un estudio previo de nuestros enfermos, desde el punto de vista general, es decir, un estudio de nuestra Patología, ya que los agentes causales de las iridociclitis, coriorretinitis, etc., son agentes endógenos y por lo tanto, su investigación, incumbe aún más que al oftalmólogo, al internista, al laboratorista, al anatomopatólogo. En otras palabras, aquí es absolutamente necesario una investigación a fondo con la colaboración de todos nosotros.