APUNTES DE CLÍNICA MÉDICA

Por el DR. HUMBERTO DÍAZ.

Un caso de oftalmoplejia, por neuritis periférica del motor ocular común

El caso clínico al cual se refiere este artículo, fue presentado hace algunos días a la Asociación Médica Hondureña, y nos mueve también a darlo a la publicidad, el hecho de que esta clase de parálisis se observa, por lo menos en nuestro medio, con muy poca frecuencia.

Se trata de M. T., de 12 años de edad, originario y vecino de la aldea de Soroguara (cercana a esta capital), quien ingresa al Servicio de Medicina de Hombres el día 7 de agosto del corriente año, a curarse de CAÍDA DEL PÁRPADO SUPERIOR DEL OJO DERECHO.

Anamnesia Próxima

No se cuenta el paciente que hace un mes le atacó un dolor de cabeza, localizado en la región temporo-parietal derecha, fijo, sin irradiaciones. Después de esto sus parientes le notaron que el párpado superior derecho le iba cayendo poco a poco, hasta llegar, en el término de tres días, a ocluir por completo el globo ocular, el cual se desvió hacia afuera, también de un modo progresivo y durante el mismo lapso de tiempo en que se estableció la ptosis palpebral. Durante esta época no experimentó otro trastorno; no hubo náuseas, vómitos, fiebre ni convulsiones.

Anamnesia Lejana

Hace ya mucho tiempo padeció de dolores articulares, inflamándosele ambas rodillas. Acusa varios ataques de malaria y de haber sufrido hace tres años una caída de una bestia.

Antecedentes Hereditarios y Colaterales. — Su padre murió en un lance personal. Su madre vive, es sana, no ha tenido abortos; tiene siete hijos más, uno de ellos padece de alienación mental, los demás sanos.

Todos los datos a que se refiere este interrogatorio, fueron ratificados por la madre del enfermo.

Estado Actual

Estado General. — Muchacho de regular estatura, de panículo adiposo y masas musculares no muy desarrolladas. Llama en él la atención desde el primer momento, la ptosis del párpado superior del lado derecho. Hay una discreta micropoliadenitis inguinal y una adenitis supraepitrociliar poco acentuada. No se encuentra otra manifestación de sífilis congénita o adquirida.

Pulso: 74 pulsaciones por minuto.

Temperatura: 36,7 grados centígrados.

Estado Especial. — La exploración del sistema nervioso dio los resultados siguientes:

Inspección: Se nota desde el primer momento, una ptosis completa del párpado superior derecho, sin que exista ningún

proceso inflamatorio o edematoso a nivel de dicho órgano; estableciéndose, por consecuencia, que se trata de un fenómeno paralítico.

Palpación: Nada de importancia.

Motilidad Activa: Por el examen de la mímica, se comprueba que la ptosis palpebral no va asociada a parálisis de los músculos faciales. Tampoco se encuentra alteración de la motilidad a nivel de los miembros superiores e inferiores, de la cabeza, del cuello y del tronco.

Fuerza muscular: Normal.

Reflejos Cutáneos y Tendinosos Normales.

Sensibilidad Superficial y Profunda: Normales.

Órganos de los Sentidos: Ojo Derecho. Al levantar el párpado, comprobamos una fuerte desviación del globo ocular hacia abajo y afuera, es decir un estrabismo divergente; habiendo también supresión de los movimientos oculares hacia arriba, hacia adentro y hacia abajo. El examen pupilar nos revela una acentuada midriasis, lo mismo que la falta de reacción a la luz y a la acomodación. Existe diplopia, por lo demás la visión es normal. Fondo de ojo, normal. La aplicación del colirio de atropina aumenta considerablemente la midriasis.

Oído, Gusto y Olfato: Normales.

Aparato Circulatorio: Normal.

Aparato Digestivo: Normal.

Aparato Respiratorio: Normal.

Aparato Génito Urinario: Normal.

Exámenes Complementarios.
Sangre: Reacción de Kahn, Ne-

gativa; hematozoario de Laverán, negativo; fórmula leucocitaria y recuento globular, normales. — Orina, normal. — Heces fecales, positivo por huevos de ascárides.: — Líquido cefalorraquídeo: Aspecto macroscópico, normal; examen químico, normal; Reacción de Kahn, negativa; Reacción de Nonne y Appelt, negativas; Reacción de Targowla, negativa.

Diagnóstico y Tratamiento

De la anamnesia próxima del caso en cuestión, se desprenden las conclusiones siguientes:

1°—Que se trata de un enfermo en el cual se instala una ptosis palpebral de naturaleza paralítica, en el término de tres días poco más o menos.

2°—Que el examen de la motilidad del globo ocular, nos demuestra que además de la parálisis del elevador del párpado superior, hay también de los músculos: Recto interno, recto superior, recto inferior y oblicuo menor.

3°—Que además de estar interesada la musculatura extrínseca del ojo, lo está también la intrínseca, puesto que existe midriasis.

4°—Que se trata de una midriasis paralítica y no espasmódica, puesto que el colirio de atropina la aumenta.

5°—QUE la midriasis en cuestión se acompaña en el presente caso, de falta de reacción de la pupila a la luz y a la acomodación.

6°—Que por el resultado del examen correspondiente, podemos descartar cualquier lesión del fondo del ojo.

7^a—Que todos estos trastornos, no van asociados a ninguna otra manifestación patológica del sistema nervioso central y periférico.

Basados en las conclusiones anteriores, formulamos el diagnóstico de OFTALMOPLEJIA POR PARÁLISIS PERIFÉRICA DEL MOTOR OCULAR COMÚN; puesto que como se notará, en el presente caso pueden eliminarse fácilmente las lesiones nucleares, supranucleares y radicales.

Ahora bien: ¿Qué clase de lesión es la productora de la mencionada parálisis?

No creemos que se trate de lesiones orbitarias (traumatismo, tumor, etc.), puesto que no encontramos, edema palpebral, exoftalmia, estasis venosa, ni trastornos de la sensibilidad en el territorio cutáneo del nervio oftálmico de Willis. No creemos que se trate de lesiones meníngeas, porque estarían interesados otros pares craneales, como el trigémino, el nervio óptico, el facial, etc., vecinos al trayecto del motor ocular común. Igual argumento podríamos dirimir en contra de la trombosis del seno cavernoso, los aneurismas de la carótida interna y demás lesiones de los vasos de la base del cerebro.

Tenemos que pensar en una lesión que recaiga de un modo exclusivo sobre cualquier parte del trayecto del tercer par, desde su salida de los pedúnculos cerebrales hasta su terminación.

¿Qué lesiones serían las probables? Se nos ocurren dos: Un pequeño tumor propio del nervio (glioma) que no haya lle-

gado todavía a producir el síndrome de hipertensión endocraneana; o bien un proceso de neuritis periférica.

Descartaremos el tumor en vista de lo rápido que fue el establecimiento de la parálisis, y consideraremos un proceso de neuritis periférica como el causante del cuadro clínico en cuestión. En resumen pues, creemos que se trata de una OFTALMOPLEJIA POR NEURITIS PERIFÉRICA DEL TERCER PAR CRANEAL.

Pero nos resta por despejar otra incógnita: ¿Cuál es la naturaleza de la citada neuritis? ¿Deberemos incriminar al probable ataque de reumatismo articular, que encontramos en la historia del sujeto? ¿Incriminaremos al paludismo o a la sífilis?

El ataque de reumatismo y los accesos palúdicos, se remontan a épocas un tanto lejanas al establecimiento de la parálisis ocular. En cuanto a infección sífilítica, lo único que encontramos en nuestro enfermo es, como decíamos al principio, una discreta micropoliadenitis inguinal y epitrocLEAR; las pruebas de laboratorio a este respecto, resultaron negativas. Sin embargo, tomando en cuenta la enorme frecuencia de la sífilis como causante de estas afecciones, y considerando que la lúes congénita puede en muchas ocasiones no dar reacciones serológicas positivas, y evolucionar de una manera silenciosa, instituímos el tratamiento específico (cianuro de mercurio por la vía endovenosa). La mejoría del enfermo se ha manifestado desde las