

COMENTARIOS

ACERCA DE UN CASO DE ETIOLOGÍA

DUDOSA DE RETINITIS

Por el **DR. J. GÓMEZ MARQUEZ GIRONES**

Jefe del Servicio de: Oftalmología del H. General

Estimados compañeros:

Venir ante vosotros para presentaros algún problema de orden oftalmológico, ha sido siempre para mí un problema- En efecto, he rehuido traer a esta reunión asuntos de estricta especialización oftalmológica, tales como diagnósticos finos oftalmoscopios o discusiones sobre técnicas quirúrgicas oculares- Ho querido siempre presentaros asuntos relacionados con padecimientos generales que repercuten en el aparato visual, y muy especialmente aquellos que constituyen interrogantes en la patología médica y quirúrgica de nuestro país. Varias veces se ha planteado: que: el problema apasionante de las corsesoretinitis con todas las dificultades que desde el punto de vista etiológico presentan entre nosotros; otras veces nos hemos referido a las características tan comunes de la patología conjunta en Honduras y en otras hemos discurrido acerca de los problemas que plantea la cirugía de la catarata entre nosotros. Hoy, por el contrario, no vamos hablar de aquellos procesos que por ser tan frecuentes tienen que constituir una preocupación constante para los médicos hondureños sino por el contrario, de los que precisamente por ser sumamente raros entre nosotros, plantean una serie de incógnitas que deben ser resueltas no ya por el oftalmólogo sino por el médico general. Queremos, por lo tanto, referirnos en esta ocasión alas retinitis y como las observamos entre nosotros.

Digamos ya de una vez que la expresión de «retinitis» es calificada como falsa por la mayor parte de los autores. En realidad no se trata, casi nunca de verdaderos procesos inflamatorios sino más bien de procesos tórpidos, degenerativos a los cuales les cabe más bien el calificativo de «retinosis». Nos referiremos exclusivamente a aquellas retinosis universalmente más frecuentes como son la retinitis hipertensiva, la albuminuria, la dravídica y la diabética y agregaremos a ellas las retinitis palúdicas, dado el factor ambiental nuestro.

Pasaremos a continuación a los síntomas más comunes de cada una de estas afecciones y diremos algunas palabras acerca de lo que de cada una de ellas hemos encontrado en Tegucigalpa.

Retinitis o coreoretinitis palúdica

Se caracterizan unas veces por hemorragias periféricas pequeñas que por razón de su focalización pueden pasar desapercibidas; otras, por hemorragias grandes en la región papilo-macular. Las observaciones sobre ella son escasas y algunos autores no la aceptan en sí, sino que consideran que es más bien debidas a la anemia consecutiva al paludismo.

Nosotros, en los pocos casos de hemorragias retinianas que hemos podido ver, nunca hemos comprobado la infestación palúdica, a pesar de que estamos en un país que según todos reconocemos es eminentemente palúdico.

Retinitis hipertensiva

Su cuadro oftalmoscópico, debido a la enorme importancia que tiene en el diagnóstico de la hipertensión arterial general, es bien conocida de todo médico:

- a) El calibre de los vasos es variable si bien en general las venas están dilatadas y las arterias estrechadas.
- b) Los pequeños vasos son tortuosos.
- c) Reflejos vasculares debidos a un aumento de la reflexión de las paredes que a su vez es debida a una degeneración hialina de las mismas y que dá una impresión oftalmoscópica que se conoce con el nombre de «hilos de cobre».
- d) El famoso signo del cruce de la arteria y de la vena que consiste, como todos recordarán, en la compresión que sufre una vena cuando una arteria esclerosada pasa por encima de ella, haciéndola desaparecer momentáneamente para reaparecer después, observándose con frecuencia pequeñas hemorragias en ese punto; otras veces el signo se invierte, es decir, la vena pasa por encima de la arteria esclerosada y forma un arco. En realidad el signo del cruce no es debido a la hipertensión sino más bien a la arterioesclerosis casi siempre concomitante. Según los autores, este signo se observa en un ochenta por ciento de las retinitis hipertensivas.
- e) La visión central y los campos suelen mantenerse normales durante mucho tiempo. El enfermo percibe «moscas volantes» y puntos negros circulantes que no son sino la visión endoscópica de la circulación retiniana.

Las reünisiis hipertensivas han sido vistas por nosotros en alguna rara ocasión.

Retinitis hiperlensiva maligna

El cuadro anterior se completa con la aparición de los siguientes factores:

- a) Edema papilar.
- b) Edema retiniano con formación de exudados que dan a la retina una coloración amarillenta, con un aspecto de «baba de caracol» que cubre la mácula y a la cual se llama con frecuencia «retina succulenta». Los exudados se organizan algunas veces llegando a formar una estrella macular.
- c) Esclerosis de los vasos pequeños y aneurismas.

Este cuadro hemos tenido ocasión de verlo dos o tres veces.

Retinitis diabéticas

Sus principales signos oftalmoscópicos son las hemorragias difusas repartidas en todo el fondo del ojo, los exudados extensos, la ausencia habitual de estrella macular, la ausencia de edema o congestión papilar. La presión arterial general y la presión arterial retiniana pueden ser normales. En algunas ocasiones hay hemorragias del vitreo. La ausencia de glucosa en la orina no es un factor determinante en el diagnóstico; lo verdaderamente importante es la elevación de la glicemia por encima de 1.30.

Sin poder precisar cifras, estamos en condiciones de afirmar que hemos visto la retinitis diabéticas en muy raras ocasiones.

Retinitis gravídicas

Suelen presentarse entre el sexto y séptimo mes de embarazo y su frecuencia es, según los datos universales de un caso en tres mil mujeres grávidas. El cuadro es casi idéntico al que describiremos a continuación de la retinitis albuminúricas, si bien sus síntomas son más atenuados.

Nunca hemos visto un caso semejante.

Retinitis albuminúica

Su nombre es sumamente impropio, ya que algunas veces falta la albuminuria. Los autores le dan una importancia tan enorme como formando parte del cuadro de la nefritis albuminúrica, que afirman, que cuando estamos en presencia de un hipertenso cuyo

aspecto oftalmoscópico no es el de una retinitis aibuminúrica, podemos asegurar que más adelante se convertirá en un azotémico y que presentará su retinitis correspondiente y que por oíra parte cuando nos encontremos en un hipertenso con un cuadro de retinitis aibuminúrica y al cual no se le encuentre de momento albúmina en ia orina, podemos decir que en aquel momento no es un albuminúrico, pero que lo será. En relación con estas ideas se puede afirmar que los hipertensos generales sin hipertensión reiniana, no son enfermos renales y por lo tanto habitualmente no son casos graves y que por el contrario, los hipertensos generales con hipertensión reiniana mayor que la que les correspondería, son enfermos renales y en su mayoría muy graves. Pines, haciendo énfasis a todas estas ideas, decía humorísticamente que cuando a un enfermo con retinitis aibuminúrica el laboratorio no le encontraba albúmina, la retina le dice: «vous avez tort monsieur» (Ud. se equivoca señor).

Los signos oftalmoscópicos que más se destacan en la retinitis aibuminúrica, son:

- a) Edema papilar. Este es precoz. Venas dilatadas y tortuosas. Estrechez arterial no constante. No existen las lesiones vasculares de la hipertensión, salvo el signo del cruce. La presión arterial reiniana está tanto o más elevada que lo que le corresponde en relación con la presión arterial general, «esto constituye un signo de primera importancia.
- b) Hemorragias reinianas que asientan en el polo posterior iguales a las de la retinitis hipertensiva.
- c) Edema retiniano. Exudados localizados, formando acúmulos de constitución granulada en el polo posterior; su manifestación más típica es la de la estrella macular que si bien se puede encontrar en otra retinitis como en la hipertensiva, debe hacer pensar **anie lodo** en retinitis aibuminúrica.

Por lo que se refiere a los signos oculares subjetivos, éstos son muy variables, pudiendo conservarse una buena visión durante mucho tiempo y-apareciendo bruscamente una rápida disminución de la misma.

Acerca del **estado** general, lo que más llama la atención son los mareos, las náuseas y las cefalalgias en ocasiones violentísimas. Antiguamente se decía que no podía existir una retinitis aibuminúrica con una tensión sistólica por debajo de ciento setenta milímetros; hoy, el concepto ha variado y se dice: «no retinitis aibuminúrica con una tensión diastólica por debajo de cien milímetros.

Por lo que se refiere a los datos del laboratorio, merece destacar:

- a) La albuminuria precoz o tardía.
- b) La insuficiencia renal no siempre constante, ya que en cuarenta y tres casos observados, se encontró, en 18, ima

insuficiencia renal clara, en 9, una insuficiencia ligera, siendo en los 16 restantes normal.

- c) El aumento de la uremia es muchas veces ligero, no sobrepasando algunas veces de 0.5 por mil.

El diagnóstico diferencial se establece especialmente con:

- a) Diabetes.

1°—La hipertensión arterial que no siempre se encuentra en la diabetes.

2°—Las papilas más normales en la diabetes.

3°—Las venas suelen estar más dilatadas en la retinitis diabética.

4°—Los exudados y las hemorragias son más difusos.

- b) Trombosis de la vena central.

Puede haber estrella macular pero el comienzo es mucho más rápido, los trastornos de las venas más considerables y no es bilateral.

- c) Retinitis Hipertensiva,

1°—La azoemia es inferior a 0.4 por mil.

2°—Los exudados son más extensos y menos aglomerados.

3°—Las venas son más dilatadas.

4°—Las lesiones vasculares en la hipertensión son más raras, ya que en la retinitis albuminúrica sólo se encuentra el signo del cruce.

5°—La localización de las hemorragias es menos posterior.

6°—La retinitis albuminúrica se observa entre los treinta y cuarenta años; la hipertensiva más tarde.

Los casos de retinitis albuminúrica observados por nosotros son escasos, no llegando probablemente a media docena.

Es precisamente el hecho de observar en nuestro medio de una manera tan rara, casos de retinosis de las arriba mencionadas, lo que nos mueve hoy a presentar un caso cuyo diagnóstico si bien ofrece dudas en cuanto a su clasificación exacta, no cabe duda que queda agrupado entre los anteriores cuadros. El hecho de hacer esta presentación sería algo insólito en cualquier parte *del* mundo, ya que problemas de esta naturaleza son tan comunes en Europa o en los Estados Unidos, que prácticamente no merecerían la atención de nadie. Sería lo mismo que si aquí viniera un día a presentarnos un caso de las coreoretinítis, tan frecuentes y cuyas características todos conocemos.

Prueba de funcionamiento renal: Normal.

Tratamiento seguido hasta la fecha, media tableta de fenobarbital, tres veces al día, y una ampolla diaria de angioxil.

Examen del aparato visual
Examen funcional

O. D. y O. I. visión igual C. 7.
Campos normales.

Examen objetivo

Edema retiniano en ambos ojos.

Hiperemia papilar bilateral. Difusión del contorno papilar muy acentuado en el sector superior del O. D. y menos en el sector inferior del O. I. Ligeramente exudado peripapilar bilateral. Venas gruesas poco tortuosas en ambos ojos. Calibre arterial estrechado en ambos. Signo del cruce no muy marcado en una arteria del cuadrante superoexterno en el ojo derecho, donde se observa una pequeña hemorragia retiniana. Estrella macular incompleta que abarca una semicircunferencia en el lado nasal del ojo izquierdo, donde además se encuentra una placa de exudado bien circunscrita y una moderada hemorragia. Presión arterial retiniana tomada el día 5 de agosto: máxima: 120, mínima: 60.

Desde el punto de vista oftalmoscópico el cuadro debe agruparse entre la retinitis hipertensiva y la retinitis albuminúricas; la retinitis gravídica y la diabética quedan excluidas por razones bien ostensibles. El diagnóstico diferencial, siempre desde el punto de vista oftalmoscópico, tiende más bien a clasificarla como una retinitis albuminúrica por la localización bien precisa en el polo posterior de las lesiones, por la escasez de las lesiones vasculares salvo el signo de cruce poco manifiesto observado en el ojo derecho y por los exudados circunscritos, así como por la presencia de la estrella macular y los resultados obtenidos con la medición de la tensión arterial retiniana.

Desde el punto de vista de los exámenes complementarios llevados a cabo, llaman la atención por el contrario la normalidad de la azoemia y la ausencia de albúmina en la orina.

Por otra parte, desde el punto de vista oftalmoscópico no cabe la menor duda de que la estrella macular si bien típica de la retinitis albuminúrica no es exclusiva de ella y que existe muy particularmente en la hipertensión maligna, otro tanto puede decirse de la hiperemia y del edema papilar.

En presencia de estos datos, en parte contradictorios entre los hallazgos del aparato visual y los de orden general, creemos que se puede pensar en uno de los dos diagnósticos siguientes:

1º—Una retinitis albuminuria que aún no ha dado lugar a la formación de albuminuria y de hiperazoenia.

2º—A una hipertensión maligna en sus fases iniciales.

Corresponde a los queridos compañeros evaluar el caso, tanto desde el punto de vista visual como general, e intentar precisar el diagnóstico establecido.

DISCUSIÓN

Dr. Ramiro Figueroa Rodezno: Dados una serie de síntomas que presenta la paciente, considera la posibilidad de un estado de hipercortisolismo; aconseja una dosificación de colesterinemia. Emite la posibilidad de la existencia de una enfermedad de Cushing.

Dr. Hernán Corrales: La enferma le da la impresión de un caso de hiperadrenalismo. Recuerda que se debe pensar en la posibilidad de un feocromocitoma. Insiste en que si bien el cuadro parece ser el de una hipertensión maligna, es muy importante poner en claro si es una hipertensión maligna esencial o no.

Dr. Humberto Díaz: Recomienda un estudio detenido de la paciente desde el punto de vista endocrínico y recuerda la posibilidad de alteraciones en la secreción tiroidea que tal vez pudieran explicar, tanto el hirsutismo que presenta la enferma, como la hipertensión. Recomienda una radiografía del cráneo.

Dr. Carlos A. Delgado: Hace mención de un caso observado por él en un niño con tumor de la suprarrenal y con hipertensión de tipo maligno. Hace hincapié sobre el valor diagnóstico del retroneumoperitoneo.

Dr. Roberto Lázarus: Para él se trata de un caso de nefroesclerosis maligna y los trastornos endocrínicos los considera como secundarios. Pregunta al disertante acerca de la manera de tomar la tensión arterial reiniana.

Dr. Hernán Corrales: Se muestra en desacuerdo con la opinión del Dr. Lázarus y se refiere a las diferencias existentes entre las nefritis primitivas y las nefroesclerosis arteriales que son el resultado de un síndrome hipertensivo.

Dr. Napoleón Bográn: Se muestra de acuerdo con los conceptos del Dr. Hernán Corrales.

Dr. Gómez Márquez Girones: Resumiendo, se muestra satisfecho de que la presentación de su caso haya provocado una discusión tan interesante. Recuerda que ha presentado a la enferma única y exclusivamente, por lo que a él se refiere, de acuerdo con los estudios llevados a cabo en el aparato visual y está muy de acuerdo en que desde el punto de vista general es aún un caso muy incompletamente estudiado; lamenta la ausencia involuntaria del Dr. Manuel Bueso, quien probablemente hubiera estado en capacidad de ilustrar más la historia clínica por lo que, al examen general se refiere. Aclara que desde el punto de vista oftalmoscópico, el cuadro no es nada claro y que la posibilidad de una hipertensión maligna secundaria le parece muy plausible. Ofrece hacer lo posible porque el paciente sea estudiado en una forma más completa, especialmente por lo que respecta al aspecto endocrínico y confía en poderlo presentar de nuevo cuando el estudio haya sido completado.

! Comunicación presentada a la Asamblea de la Asociación Medica Hondurena.