

COMENTARIOS

SOBRE PATOLOGÍA VISUAL HONDUREÑA

Por el Dr. J. Gómez-Márquez Girones

Jefe del Servicio de Oftalmología del
Hospital General «San Felipe».

(Trabajo presentado a la Asociación Médica Hondureña)

Podrá parecer a muchos, que insistir una y otra vez sobre una serie de fenómenos de la patología del aparato visual de nuestra tierra, es una redundancia infructuosa, ya que en diferentes ocasiones se ha tenido oportunidad de comentar las peculiaridades tan curiosas que presenta esta parte de la patología entre nosotros. Sin embargo, opinamos firmemente que los que así pueden pensar, son aquellos que por el hecho de estar más o menos a diario con nosotros, nos oyen con frecuencia hacer comentarios al respecto, de tal forma que a pesar de los sorprendentes hallazgos que se hacen en este campo, lo excepcional que es lo nuestro, llega a ser común. Consideramos, pese a esta posibilidad, que el callar sería un error por varias razones: para aquellos que por referencias personales y casi extra-académicas, conocen el aspecto general de la patología ocular de Honduras, porque ésta es tan interesante, que intentar analizar cada uno de sus detalles, no es sino cooperar a ir conociendo cada día más un sector de la patología criolla, desgraciadamente aún tampoco conocida de nosotros mismos; para los que por razones físicas de distancia, no están en condiciones de tener cambios de impresiones al respecto, porque aunque de vez en cuando hayan oído o leído lo que sobre las enfermedades del aparato visual se ha explicado, porque solo el martilleo constante sobre un mismo tema, es susceptible de llegar a impresionar al ánimo de todos nosotros, de hacernos llamar la atención sobre aspectos a los que habitualmente la masa médica permanece indiferente; y para todos en general, porque hablar de particularidades del aparato visual en Honduras, no es ni mucho menos algo indiferente al médico que ejerce en Honduras, ya que como de todos es sabido, las enfermedades del aparato visual son en su mayor parte la respuesta de una parte sensible de nuestro

organismo ante los agentes patógenos que afectan nuestra economía en general. Como es de todos sabido, el primero, y durante mucho tiempo, el único en atraer la atención del mundo médico local sobre estos problemas, fue el Pxoí. Gómez-Márquez, fundador de la cátedra y del servicio de Oftalmología en nuestro país. El luchó porque se estudiaran a fondo los problemas propios de esta tierra de América; desgraciadamente su carácter impetuoso por una parte, su afán de dar a conocer a la mayor brevedad posible aquellos hechos para él básicos en el conocimiento de nuestra patología, y por otra parte la carencia en nuestro medio de servicios de estadística apropiados, hicieron que él casi siempre, hablara en términos generales, enfocando los problemas en su esencia, pero dejando a un lado, aquellos datos de tipo casuístico, a los que cada día se le da más importancia y que por el prestigio de los números, hacen que las verdades se abran más fácilmente camino que cuando se prescinde de ellos.

Nosotros, desprovistos de la clarividencia que tuvo nuestro padre y maestro, tenemos sin embargo a nuestro favor, dos factores, el primero, que estimamos el más importante, el hecho, que gracias a su empeño sin igual durante 14 años de actividades científicas en Honduras, muchas de sus ideas, que al principio parecieron extravagancias, se han abierto camino en tal forma, que hoy se aceptan como verdades axiomáticas, y el otro que ios muchos años menos con que contamos nosotros nos dan tai vez el empuje y la paciencia suficiente, para, sobreponiéndonos a las dificultades técnicas de nuestro ambiente hospitalario, apoyar aquellos asertos con datos estadísticos, que si bien en exceso ligeros, son posiblemente suficientes, para concretar más ciertos problemas.

Seannos por lo tanto excusado este amplio preliminar, indispensable sin embargo para hacer comprender la intención de este modesto trabajo, y digamos cuales el objeto de esta exposición. Nuestra patología, y en ello parece que ya vamos estando todos de acuerdo, es sumamente pobre; los caracteres que hay en ella de notables son casi siempre por defecto y casi nunca por exceso, es decir, es mucho más interesante hacer hincapié sobre lo que no hay que sobre lo que hay: en el medio hospitalario en que nosotros trabajamos, la Oftalmología, evidentemente sucede lo mismo, con la ventaja de que-siendo esta rama de la Medicina de tipo eminentemente objetivo, es aún más fácil comprobarlo que en otros campos de la misma.

Al querer en estos momentos lanzar una mirada de conjunto sobre la patología oftálmica, hemos querido apoyarnos, como ya dijimos anteriormente, en ciertos datos de tipo estadístico; como quiera que reunir datos, como fácilmente se puede hacer en otros sitios, de miles de enfermos, hubiera sido una tarea muy superior al tiempo de que podemos disponer, dada la desorganización estadística que padecemos, hemos escogido arbitrariamente, las fichas correspondientes a los enfermos examinados en el Servicio de Oftalmología del Hospital General durante los meses de Marzo y Junio del corriente año; de ellas hemos recogido los siguientes datos: edad.

tensión arterial, serología por reacción de Kahn (en los pocos que tenían) resultados del examen del fondo de ojo, en la mayor parte de ellos llevado a cabo de una manera rutinaria y no porque su padecimiento indicara patología en esta parte del aparato visual, y diagnóstico. Como quiera los datos que tenemos en la mayor parte de los enfermos hospitalarios, no eran suficientemente exactos desde el punto de vista de sus condiciones refractométricas, escogimos, sin seleccionar, 107 fichas de enfermos de nuestros archivos particulares, con el fin de establecer las peculiaridades desde este punto de vista.

En estos dos meses a que nos hemos referido se examinaron un total de 236 enfermos de ambos sexos. La edad de los mismos estaba comprendida entre los siguientes extremos:

- Menos de 1 año: 6.
- De 1 a 12 años: 32.
- De 12 a 25 años: 79.
- De 25 a 40 años: 57.
- De 40 a 60 años: 49.
- De más de 60 años: 13.

Nada notable parece indicar esta agrupación de las edades salvo tal vez la escasa cantidad de enfermos menores de 1 año lo cual posiblemente está en relación con el hecho de que observamos poco en nuestro ambiente aquellas afecciones oculares propias del niño recién nacido, especialmente la oftalmía neonatorum y que por otra parte, cuando llega a presentarse, parece no revestir la gravedad que se describe en otros países. Nos referimos desde luego a la gravedad de la enfermedad en sí, independientemente de los grandes recursos terapéuticos que hoy tenemos a mano. Así resulta que antes de la era antibiótica los niños llegaban con sus madres al Servicio acusando esta afección, se les hacía el tratamiento que en aquellos tiempos era aún el único disponible, es decir, los toques de nitrato de plata y argirol recomendándole a las madres no dejaran de llevar sus niños diariamente a tratamiento y a pesar de esto el enfermito desaparecía y cuando regresaba al cabo de algunos días sin haber recibido ningún tratamiento médico, sus córneas estaban íntegras, no perforadas, como es tan frecuente en estos casos.

Mucho más interesante, que el dato relativo a la edad, resulta, la tensión arterial, tomada a la mayor parte de los pacientes. En efecto, de un total de 163 individuos a los que éste examen le fue practicado, resultaron las siguientes cifras; referidas siempre a la tensión arterial máxima:

- Menor de 110 m.: 90.
- Entre 110 y 120 mm: 34.
- Entre 120 y 130 mm: 20.
- Entre 140 y 150 mm: 10.
- Más de 150 mm: 9.

Para nosotros estos datos tienen una gran importancia para poderse formar idea de la presión arterial que más comunmente tiene nuestra población; en efecto, al Servicio de Oftalmología llegan personas de ambos sexos, todas las edades, de todas las profesiones y que vienen a consultar por asuntos muy alejados en general de trastornos relacionados con las variaciones de su tensión arterial, es decir, son los representantes de la gran masa de nuestra población. Insistimos en este punto, porque los datos estadísticos podrían ser muy diferentes si ellos fueran extraídos de Servicios tal vez como de Medicina Interna, de Cardiología, de Geriátrica, de Pediatría, de Maternidad, etc., donde lógicamente habrían factores que hicieran inclinar la balanza más hacia un lado o hacia otro. Como fácilmente se puede deducir de los datos anteriormente escritos, un 94% de los diferentes enfermos que llegan a consultar por trastornos visuales de una u otra naturaleza, tienen tensiones arteriales completamente normales y únicamente un 5.5% presentaban tensiones por encima de 150 mm. Este hallazgo, parece por lo tanto estar muy de acuerdo, con la impresión general que se tiene de que en Honduras, existe una tendencia hacia la normotensión o hacia la hipotensión.

Los datos que se refieren a la serología por reacción de Kahn, son desgraciadamente, tan pobres por el número de exámenes practicados, que creemos, no tienen todo el valor de aquellos otros que se han dado anteriormente y de otros que se suministrarán más adelante. Efectivamente, por razones, de todos conocidas, no es posible en nuestro medio hospitalario, hacer la reacción de Kahn a todos los enfermos como sería deseable. Por estas razones, la serología pudo practicarse únicamente en 22 enfermos, de los cuales 16 acusaron negatividad y 6 positividad. Como queda dicho, no creemos que a este dato, se le pueda dar igual valor que a los obtenidos en la medición de la tensión arterial; por el contrario, es muy probable, que fue precisamente a aquellos enfermos en quienes se sospechaba una posible infección luética en quienes se hizo mayor hincapié para obtener la reacción. Así probablemente se explica el que un 27% de los examinados haya resultado positivo. Es conveniente sin embargo dejar apuntado, como ya lo hemos hecho en otros trabajos anteriores, que las reacciones positivas por Kahn en nuestros enfermos oftálmicos siempre ha sido muy alta y que cuando practicamos la Cardiopipina, el porcentaje se eleva considerablemente.

Los resultados del examen de fondo de ojo, nos parecen por demás interesantes. Desgraciadamente de los 235 enfermos a que hemos estado haciendo referencia, solo a un corto número se les practicó el examen. Nosotros practicamos éste rutinariamente a todos aquellos que consultan por cualquier afección visual, aunque se trata de un simple orzuelo o de una conjuntivitis, o mejor dicho, intentamos practicarlo. Desafortunadamente, muchas personas, una vez resuelto el problema que les preocupa, en la primera consulta, es decir, la extracción de un cuerpo extraño corneal, una conjuntivitis, una contusión, etc., desaparecen de nuestro posible control, antes de que haya lugar de hacerles examen de fondo de ojo. De

todas formas, y si bien es cierto que nos tenemos que contentar con únicamente con un grupo de 82 examinados, es realmente digno de hacer mención, que de ellos, 70, no presentaban ninguna alteración en el mismo y 10 tenían patología: entre estos últimos, muchos de ellos consultaban por pequeños trastornos muy alejados de toda patología de fondo. Tal vez más interesante aún es dejar constancia, que de este 15.8% Patológico, solo uno no formaba parte de ese conjunto de enfermedades infecciosas crónicas de coriorretina o nervio óptico, tan frecuentes en nuestro ambiente y a las que más adelante nos referiremos.

Al hacer mención de los diagnósticos efectuados en la totalidad de 236 enfermos, hemos querido prescindir de un detalle excesivo, que en nada ilustraría la idea general de este trabajo y que antes bien, le restaría claridad. Por esta razón llevado a cabo ciertas reagrupaciones que facilitan la comprensión de nuestros problemas:

- I. —Enfermedades típicamente exógenas, sin ninguna importancia desde el punto de vista general (Conjuntivitis banales, pterigiones, epibulbosis, leucomas, blefaritis, cuerpos extraños, contusiones del globo, queratitis catarrales, queratovonjuntivitis flictenulares, etc.) 91.
- II. —Astenopia sine materiae y epibulbitis: 39.
- III. —Defectos de refracción: 54.
- IV. —Cataratas: 17.
- V. —Queratitis intersticial: 4.
- VI. —Iridociclitis: 4.
- VII. —Corrió retinitis: 7.
- VIII. —Atrofia de nervio óptico: 4.
- IX. —Glaucoma: 4 (2 esenciales y dos secundarios).
- X. —Estrabismos: 6.
- XI. —Tracoma (frustrado): 1.
- XII. —Desprendimiento de la retina (no esencial): 1.
- XIII. —Microftamia: 1.
- XIV. —Cisticercosis del vitreo: 1.
- XV. —Dacriocistitis: 2.

Es conveniente señalar que en la mayoría de los casos se apuntó únicamente el diagnóstico principal, es decir, aunque solo constan por ejemplo 54 casos con defectos de refracción, ello no quiere decir que otros muchos no lo tuvieran sino que esos 54, vinieron al Servicio por molestias relacionadas con tales defectos. Entre estos diagnósticos, los comprendidos en los grupos I, II, III, IV,

IX, X, XI, XIII, XIV Y XV, representan Patología casi absolutamente local, sin importancia por tanto para el médico general; en ellos cabe señalar como algo muy sorprendente un caso diagnosticado como muy probable cisticercosis del vítreo, que según las referencias tenidas ha sido el primero de esta naturaleza encontrado hasta la fecha en nuestro país.

Contrastando con lo anteriormente expuesto, cabe decir, que las únicas afecciones oculares observadas que representan la repercusión en el aparato visual de factores morbosos generales, son en nuestra limitada casuística, las queratitis intesticiales, las iridociclitis, el desprendimiento retiniano postcoroidítico, las coriorretinitis y las atrofiaciones del nervio óptico. Todas ellas forman parte de ese grupo de enfermedades endógenas infecciosas del aparato visual, tan comunes entre nosotros, y que prácticamente absorbe para sí la única patología real del aparato de la visión en Honduras.

Como en un principio se dijo hemos prescindido de las fichas del Servicio de Oftalmología, para pasar revista al estado refractométrico de los pacientes y recurrimos al archivo de nuestra clínica particular, por estar en ella mejor estudiados desde este punto de vista. Con el fin de no caer en ningún error de tipo selectivo, escogimos 107 pacientes por orden alfabético y de su cotejo llegamos a obtener los siguientes datos:

Número de enfermos examinados: 107.

Hipermetropía ligera (menos de 1- D.): 25.2%.

Miopía ligera (menos de 1 D.): 8.3%.

Astigmatismo hipermetrópico ligero: 28.9% (de los cuales la mitad según la regla y la otra mitad contra la regla).

Astigmatismo miópico ligero: 10.3% (64% según la regla y 36% contra la regla).

Astigmatismos hipermetrópicos o miópicos grandes o medianos: 3.7%.

Hipermetropías medianas o grandes: 3.7%.

Miopías medianas o grandes: 2.8%.

Emetropía: 15.8%.

Basta una ojeada a ese cuadro para percatarnos que solo un 10.2% tienen defectos de alguna consideración, en tanto que el resto presenta pequeños defectos o son completamente normales desde el punto de vista refractométrico.

Si los datos que hubiéramos obtenido en el curso de este pequeño estudio de un número limitado de casos, estuviera en discordancia con las impresiones que teníamos anteriormente o con estudios hechos precedentemente por el Prof. Gómez-Márquez o por nosotros mismos, nos guardaríamos mucho de llegar a conclusión alguna. Pero como quiera que estos ligeros datos estadísticos en líneas generales concuerdan en un todo con lo que hasta el momento se ha dicho de nuestra patología ocular Hondureña, creemos no solo que no es arriesgado sino que estamos obligados a sentar las siguientes conclusiones:

- a) La patología ocular en Honduras es muy poco variada.
- b) Están ausentes, o al menos son sumamente raras, una serie de afecciones locales del aparato visual y cuando se llegan a presentar, ofrecen en general caracteres de benignidad.
- c) Las afecciones generales que habitualmente repercuten en el aparato visual, tales como el reumatismo, la tuberculosis, la hipertensión, la arterioesclerosis, las intoxicaciones gravídicas, las neeriosis, la diabetes, etc., son sumamente raras entre nosotros.
- d) La única patología de tipo endógeno que tiene importancia en nuestro medio, por el gran número de personas que afecta, bajo la forma de queratitis intersticiales, de iridociclitis, de coriorretinitis y de atrofiás de nervio óptico, es aquella que es provocada forzosamente por un agente toxi-infeccioso endógeno, cuya etiología muy intencionadamente no discutimos aquí por tratarse de un problema sumamente complejo y que amerita un estudio especial, del cual se hablará próximamente.
- e) La patología del fondo del ojo, es relativamente abundante en cuanto a su número pero muy escasa en cuanto a su variedad, ya que prácticamente estamos reducidos a las coriorretinitis, desprendimientos de retina posteoroidíticos y atrofiás de nervio óptico a que se acaba de hacer mención.
- f) Desde el punto de vista refractométrico, el ojo del hondureño tiende a la emtropía. Los grandes defectos comunes en otros medios, especialmente los grandes astigmatismos y la miopía mediana y alta son sumamente escasas.
- Importante a considerar especialmente el bajísimo índice de la miopía, que como es sabido es causa de dos afecciones importantes del fondo del ojo:
- La coroiditis miópica y el desprendimiento llamado idiopático de la retina. Estas afecciones coinciden en un todo con las de la Tesis de Doctoramiento efectuada por el Dr. Fausto Várela, bajo nuestra dirección hace aproximadamente 6 años, después de una revisión detenida de muchos centenares de exámenes de refracción.
- g) La inmensa mayoría de los pacientes que tenemos ocasión de estudiar son normo o hipotensos.
- h) Si bien con las reservas del caso, cabe anunciar que muy posiblemente el nivel de serologías positivas por reacción de Kahn en nuestro medio es sumamente alto.

RESUMEN

Se consideran doscientas treinta y seis enfermos examinados en el servicio de Oftalmología del Hospital General de Tegucigalpa.

La tensión arterial de ellos aparece casi constantemente normal o por debajo de Iq normal.