

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LAS ENFERMEDADES
ENDOINFECCIOSAS DEL APARATO
VISUAL EN HONDURAS

Trabajo Presentado al VI Congreso Médico Centroamericano
celebrado en Tegucigalpa del 1° al 7 de diciembre de 1954

POR EL DOCTOR J. GOMEZ MARQUEZ GIRONES

Jefe del Servicio de Oftalmología del Hospital General

Las enfermedades endógenas que afectan el aparato visual en Honduras, son esencialmente infecciosas. Son muchas las afecciones generales que tienen su repercusión clara en el aparato de la visión; es más, muchos de los fenómenos morbosos que afectan de una manera intensa los órganos vitales de nuestra economía, tienen sus primeras manifestaciones en el órgano de la visión; bástenos recordar dos ejemplos: el de la atrofia del nervio óptico que en tantas ocasiones aparece como primero y único síntoma de la tabes dorsal, incluso sin la presencia del signo de Argyll Robertson y el de las lesiones retiníticas de las nefrosis que en ciertas ocasiones se presentan cuando aún no existen en el enfermo albuminuria ni siquiera aumento de la tasa de urea en la sangre.

En nuestro país el grupo de las enfermedades generales que repercuten en el aparato visual está casi exclusivamente reducido a aquellas que por vía endógena se localizan en el ojo y sus anexos. En un total de 236 enfermos de ambos sexos vistos en el curso de tres meses en el servicio de oftalmología del Hospital General de Tegucigalpa, existía patología de tipo endógeno en veinte de ellos y ésta se refería a las siguientes afecciones: queratitis parenquimatosa, iridociclitis, coriorretinitis, atrofia del nervio óptico; es decir, en un 8.5 de los enfermos, se encontró patología endoinfecciosa y este porcentaje debería ser más alto si se toma en cuenta que a varios de estos enfermos no se les pudo hacer por diversas razones, examen completo del aparato visual. No hubo un solo caso de enfermedad endógena no infecciosa.

Según la estadística del servicio de oftalmología durante el año de 1953-54 entre 760 enfermos un 11.4% presentaron afecciones de tipo endoinfeccioso en su fase activa y ningún caso de enfermeda-

des endógenas extrainfecciosas. Se comprenderá ahora fácilmente el interés que tiene para nosotros el estudio de este grupo de enfermedades.

En el presente trabajo se hace un estudio de 76 enfermos con enfermedades endoinfecciosas del aparato visual que fueron examinados desde el punto de vista local y general.

IRSDOCICLITIS.—Total 38 casos, es decir 50% de los casos estudiados. Iritis como enfermedad única, 16; en 7 participación del cuerpo ciliar y en 9 coexistencia de un proceso de coriorretinitis activa; 7 veces en el mismo ojo y una en el lado contrario. Un caso tratado previamente de parálisis del motor ocular común. Cinco enfermos con coriorretinitis cicatricial. En dos pacientes la iritis era secundaria a queratitis parenquimatosa. Un enfermo desarrolló catarata ciclítica.

Edades: entre 10 y 20 años: 4; entre 20 y 40: 20; entre 40 y 50: 6 y más de 50: 4.

Total de serología positiva: 80.5%.

Con sinusitis catarrales: 15.

Con sinusitis intensa en el cual el otorrinolaringólogo aconsejó la trepanación 1.

RESULTADO DE LOS TRATAMIENTOS EN 37 ENFERMOS.

En 22 pacientes con serología positiva

Proteinoterapia: 2. Curado ninguno. Penicilinoterapia: 5. Curado ninguno. Mejorado 1. Tratamiento mixto arsenicobismúctico: 11. Curados iodados. Tratamiento mixto seguido de mercurial: 9. Curados: 7. Mejorados: 2.

Trepanación de senos maxilares: 1, No curó.

Curaciones en tratamientos específicamente antilúéticos: 90%.

En 15 pacientes con serología negativa

Tratamiento mercurial solo: 3. Curados: 2. Mejorado: 1.

Tratamiento mercurial y de ioduros: 1. Curado.

Amigdalectomía: 1. No curado.

Curaciones con tratamiento específicamente antilúético: 75%.

Proteinoterapia: 2. Curado ninguno.

Penicilinoterapia: 3. Curado ninguno. Mejorado: 1.

Tratamiento mixto arsenicobismúctico: 5. Curados: 3. Mejorado: 1.

Tratamiento mixto y mercurial: 3. Curados todos.

QUERATITIS INTEBSTICIAL

Total de casos observados: 17

Nueve de menos de 10 años; 3 entre 10 y 20; 4 entre 20 y 30 y uno de más de 50 años.

Seis pacientes con queratitis bilateral y 9 en un solo ojo.

Enfermos con queratitis solitarias: 13.
Con iritis concomitantes: 3.
Con iritis activa y coriorretinitis cicatricial concomitantes: 1.
Con hidrocefalia: 1.
Cuatro enfermos desaparecieron apenas se les había iniciado el tratamiento. Tres de los desaparecidos tenían reacción de Kahn negativa.
Total de reacciones serológicas por sífilis positivas: 12 (70.6%).
Número de pacientes sometidos a tratamiento: 13.

RESULTADO DE LOS TRATAMIENTOS EN 13 ENFERMOS

En 11 pacientes con serología positiva

Penicilinoterapia: 7. Sólo curó 1.
Tratamiento mixto arsénico-bismútico: 7. Todos curaron.
Tratamiento mixto arsénico-bismútico y cianuro de mercurio: 3..
Todos curaron.
Tratamiento mixto arsénicobismútico, mercurio y penicilina: 1.
Curó.

En 2 pacientes con serología negativa

Penicilinoterapia: 1, que no mejoró.
Tratamiento mixto arsénico-bismútico: 2, que curaron.
Porcentaje con tratamiento antilúético: 100% de curaciones.

CORIORRETINITIS

Total de enfermos:19

Tres enfermos estaban comprendidos entre 10 y 20 años; 10 entre 20 y 30; 2 entre 30 y 40; otros 2 entre 40 y 50 y aún otros 2 entre 50 y 60.

Serologías positivas por sífilis: 10 (52.6%).
Con sinusitis catarral: 8.
Con sinusitis maxilar intensa: 1.
Todos los casos fueron unilaterales.
Enfermos con coriorretinitis solitaria: 5.
Con iritis concomitante: 14.
(Este paciente desapareció ignorándose por lo tanto si podía haber una relación entre el proceso coriorretinitico y la sinusitis).

RESULTADO DE LOS TRATAMIENTOS EN 18 ENFERMOS

En 10 pacientes con serología positiva

Penicilinoterapia: 3. Curó uno y no curaron 2. Tratamiento mixto arsénico-bismútico: 5. Todos curaron. Tratamiento mixto arsénico-bismútico seguido de cianuro de Mercurio: 2. Curaron ambos.

En 8 pacientes con serología negativa

Penicilinoterapia: 2. Uno tuvo ligera mejoría y otro no experimentó ninguna.

Tratamiento mixto arsénico-bismútico: 3. Todos curaron.

Tratamiento mixto arsénico-bismútico seguido de cianuro de mercurio: 3, que curaron.

Tratamiento con cianuro de mercurio seguido de yoduro potásico: 1 que curó.

Porcentaje de curaciones con tratamiento específico antilúético: 100%.

NEURITIS ÓPTICA**Total de enfermos: 5.**

Edades: Entre 10 y 20 años: 4 y uno entre 50 y 60 años.

Bilateral en cuatro y unilateral en uno. Con neuritis

solitaria: 3. Con atrofia óptica concomitante: 1.

Con parálisis de ambos rectos externos y trastornos de la marcha: 1.

Total de positividades serológicas en sangre o LCR.: 5 (100%).

RESULTADO DE LOS TRATAMIENTOS EN 5 ENFERMOS

Tratamiento con Penicilina y Bismuto: 4. Curados: 2. Mejorado: 1. No mejorado: 1.

Entre los curados figura un niño que se presentó en estado general gravísimo, neuritis bilateral y parálisis de ambos rectos externos habiéndose diagnosticado de meningitis basilar sífilítica. Entre los mejorados, el que tenía atrofia óptica concomitante, con única percepción luminosa en un ojo y sin percepción en el otro. Al terminar el tratamiento, tenía visión rudimentaria en ambos ojos y podía caminar sin ayuda.

Tratamiento con Penicilina sólo: 1. Curó.

*NEURITIS OPTICAS***Total de enfermos: 13**

Atrofias solitarias: 11.

Con procesos de coriorretinitis cicatricial: 2-

Bilaterales: 10.

Unilaterales: 3.

Con sinusitis catarrales: 5.

RESULTADO DE LOS TRATAMIENTOS EN 10 ENFERMOS**En 8 con serología positiva**

Penicilinoterapia sólo: 1. Empeoró.
Penicilina y Bismuto: 7. No mejorados o empeorados: 6. Mejorado: **1**.

En dos pacientes con serología negativa

Penicilina y Bismuto: 2. Uno empeoró y otro no causó variación.
Tres enfermos con serología negativa no pudieron ser tratados,

ESCLERITIS

Total de enfermos: 1

Unilateral.
Kahn y VDRL: Negativos.
Sin patología local o general concomitante.
Penicilinoterapia (hasta 10.000.000 U. O.) sin mejoría.

Con bismuto: curación.

PARÁLISIS OCULARES

Total de enfermos; 7

Entre 10 y 20 años: 1; entre 20 y 30: 2; otros dos entre 30 y 40; uno entre 40 y 50 y otro de más de 50.

De recto externo: 5. Tres unilateral y dos bilateral.

De recto interno: 2. Uno de ellos con parálisis completa del motor ocular común.

Ambos casos unilaterales.

Con parálisis solitaria: 3.

Con atrofia óptica concomitante: 1.

Con parálisis facial: 1.

Con neuritis óptica: 1.

Con iridociclitis posteriormente: 1.

Total de enfermos con reacción de Kahn positiva en sangre o LCR: 5 (71.4%).

RESULTADO DE LOS TRATAMIENTOS EN 7 PACIENTES**En 5 enfermos con serología positiva**

Penicilina y Bismuto: 1. Curado.
Tratamiento mixto arsénico-bismútico: 2. Curado uno y no curado el otro.
Tratamiento mixto y cianuro de mercurio de consolidación: 1 Curó.

Tratamiento iodurado: 1. Curó.

En dos enfermos con serología negativa

Tratamiento mercurial: 1. Curó.

Tratamiento mixto arsénico-bismútico: 1. No mejoró.

Opiniones de diversos autores y escuelas acerca de la etiología de las enfermedades endoinfecciosas del aparato visual

Iritis y Ciclitis

Poulard: «Las iritis son con tanta frecuencia una manifestación de la sífilis que constituye en sí un signo de sífilis. Si existe duda es un deber absoluto para el médico considerar la iritis como sífilítica y hacer la prueba del tratamiento sífilítico. La iritis tuberculosa es una forma poco frecuente de la infección iriana».

Mauthner: 75% de las iritis son sífilíticas. **De Wecker y Von Graefe:** 60% sífilíticas: 44%. **Brown:** 34%. **Huía y Jiri Franta:** 18% **Guilbert, Huía y Kahoum:** 15% de iritis reumáticas. **Dor, Maxwell, Langue y Goulden:** 8 % de origen dentario.

Jahnke y Beseling: 37% de origen amigdalino. **Guilbert y Van Hofe:** sólo el 5% de origen amigdalino.

Berens: 12% de origen blenorragico. 10% sífilíticas y 40% tuberculosas.

Queratitis Intersticial

Poulard: «Cuando no se encuentran pruebas generales de la existencia de sífilis, es preciso recordar que la queratitis intersticial en sí es un signo de sífilis de valor primordial».

Enciclopedia Oftalmológica Francesa, 1939: «80% de las queratitis intersticiales tienen serología por sífilis positiva».

Charlin y Arñagaraz: «Casi todas las queratitis intersticiales son sífilíticas».

Berens: «La queratitis intersticial es debida en la mayor parte de los casos a la infección sífilítica hereditaria. En algunos casos excepcionales la tuberculosis puede ser la causa independiente o asociada».

Coriorretinitis

Forma de coroiditis de focos conglomerados o diseminados

Poulard; «La mayoría de las coroiditis tórpidas son sífilíticas».

Hirshber, Hommer y Nathanson: Etiología tuberculosa en: 0.014 a 0.025%.

Werdenberg: 45% etiología tuberculosa.

Forma macular. Según Guilbert y Terrien la sífilis es la causa más frecuente.

Neuritis ópticas

Poulard: «la más frecuente es la etiología sífilítica». Otros autores dan importancia a la tuberculosis.

Atrofias ópticas

Para la mayor parte de los autores: sífilis especialmente la tabes y otras formas de sífilis cerebroespinal, esclerosis en placas, mielitis aguda y tuberculosis.

Escleritis y espisclerítis

Se achaca a la sífilis, tuberculosis, reumatismo, infecciones generales, etcétera.

Parálisis oculares

*

Sífilis, escarlatina, difteria, etc.

Como se ve la discusión sobre todas las causas etiológicas de las enfermedades que hemos estudiado, es apasionante ya que no hay acuerdo al respecto. Para todos los autores, tres son las causas morbosas más corrientes de ellas: la sífilis, la tuberculosis y las infecciones focales. Cada escuela adopta actitudes diferentes ante este dilema; así para la escuela francesa la sífilis tiene casi la única culpabilidad en estas endoinfecciones y así opinan también muchos autores españoles, alemanes y sudamericanos. Para otros europeos y sudamericanos la tuberculosis desempeña un papel primordial y en cambio para los norteamericanos las infecciones focales y muy especialmente las de origen amigdalino y sinusal son las mayores responsables. Probablemente todos ellos han enfocado los problemas desde puntos de vista excesivamente unilaterales y también es posible que las diferentes opiniones estén fundadas en gran parte en las peculiaridades morbosas de cada país. Es lógico suponer que en los países donde por medio de campañas adecuadas antisifilíticas y antituberculosa se haya conseguido erradicar en gran parte estos terribles males, la repercusión de ellas en el aparato visual deben de ser escasas y que por el contrario en aquellos lugares en los que por razones de tipo económico o de otra índole tanto la tuberculosis como la sífilis, tienen una incidencia muy alta, ellas están en capacidad asimismo de manifestarse en el órgano de la visión. Es preciso apuntar ya desde ahora que algunas de las enfermedades enumeradas en nuestro trabajo ofrecen menos discusiones desde el punto de vista etiológico que otras y este es el análisis que vamos a hacer a continuación.

Notemos que un 60.5% de los casos de iritis tenían serología por sífilis positiva y que estos cuando fueron tratados específicamen-

te curaron casi en su totalidad. Al lado de estos casos tenemos asimismo los negativos desde el punto de vista serológico que curaron asimismo en su mayoría con igual tratamiento. En buena lógica deberíamos suponer que cuando menos los positivos deben considerarse como luéticos y probablemente muchos de los negativos.

No parece de extrañar que las queratitis parenquimatosas den un 70.6% de reacciones positivas ni tampoco que tanto los positivos como los negativos respondieran perfectamente a los tratamientos específicos, porque la etiología primordialmente luética de las queratitis intersticiales parece universalmente establecida.

Debe por el contrario llamar la atención el alto porcentaje de positividades serológicas en las coriorretinitis que es de un 52.6%; de estos curaron todos con tratamiento antisifilítico y asimismo los que tenían serología negativa. Creemos que estos datos por lo menos son suficientes para descartar la etiología tuberculosa ya que no es de creer que hubieran curado bajo la acción de la terapéutica por nosotros usada; admitimos sin embargo que algunos de ellos hayan podido obedecer a una causa infecciosa y que su curación se explicara por la acción resolutive general del cianuro de mercurio y del yoduro de potasio que como de todos es sabido pueden actuar independientemente de su acción específica.

Muy sorprendente es para nosotros las reacciones positivas por Kahn o V. D. R. L. que obtuvimos en la sangre o en el líquido cefaloraquídeo de los enfermos con neuritis óptica ya que nos dio el 100%.

Asimismo resultó bastante alto el dato suministrado para las atrofas ópticas que es de un 58.3% y no es de extrañar la falta de mejoría obtenida en estos casos ya que esto coincide con la experiencia universal.

Digno de mención es el 71.4% de enfermos serológicamente luéticos hallados para las parálisis de motor ocular común y del motor ocular externo y asimismo el alto índice de curaciones obtenidas.

Probablemente se estará pensando que muchos de los enfermos estudiados con serología por sífilis positiva, eran sifilíticos que presentaban circunstancialmente iritis, coriorretinitis, queratitis intersticiales, etc., pero el hecho de que sus procesos inflamatorios oculares regresaran mediante el tratamiento específico parece demostrar que sí eran sifilíticas.

Sin embargo debe llamar la atención que casi todas estas supuestas sífilis lo fueron desde el punto de vista serológico y que no había en el examen general de ellos manifestaciones de sífilis activa. Es indudable que en muchos de ellos hubo datos de anamnesis sospechosos pero de cualquier forma que sea deberíamos admitir que se trata de sífilis latente con probable tropismo ocular.

Deseamos además manifestar que si en todos los enfermos hubiera sido posible hacer Kahn y V.D.R.L. en sangre y en líquido cefaloraquídeo, los índices serológicos de positividad muy posiblemente hubieran sido aún más altos.

No pretendemos haber hecho un estudio completo de estas enfermedades del aparato visual en Honduras; son muchas las dificultades que se nos han cruzado en el camino: enfermos difíciles de retener, una organización aún incompleta por lo que se refiere a muchos exámenes complementarios, etc., pero sí creemos que esta contribución con el aporte de datos estadísticos, aunque éstos sean aún reducidos e incompletos, es un punto de partida para que en el futuro otros continúen el camino de la investigación que cada día debe acercarnos más y más al conocimiento de nuestra patología ocular, y por ende, al de toda patología en general.