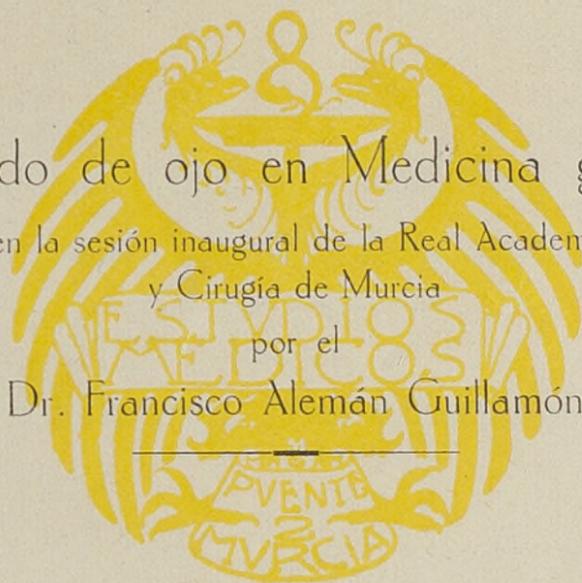


A

El fondo de ojo en Medicina general
 Discurso leído en la sesión inaugural de la Real Academia de Medicina
 y Cirugía de Murcia
 por el
 Dr. Francisco Alemán Guillamón



81

6

19

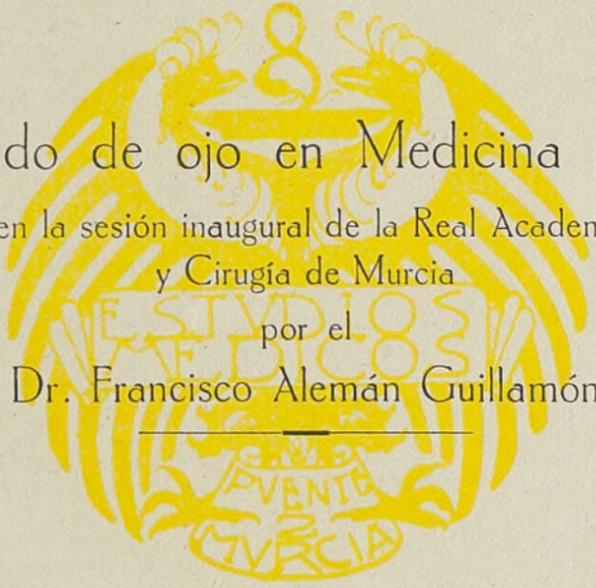
R. 573

ESTUDIOS MEDICOS. - N.º
 MERO L. - MAYO 1927.



1927





El fondo de ojo en Medicina general
Discurso leído en la sesión inaugural de la Real Academia de Medicina
y Cirugía de Murcia
por el
Dr. Francisco Alemán Guillamón







SEÑORES ACADEMICOS:

SEÑORES:

CUANDO, no ha mucho, tuve el honor de dirigiros la palabra, elegí un tema que, siendo de mi especialidad, pudiera también interesar a todos. Hoy, como ayer, he de tratar un punto de interés general, que el limitado a la especialidad tan sólo sería oportuno en una Sociedad Oftalmológica, no tanto en esta Corporación integrada por médicos generales, en su mayoría.

Y si es cierto, como dijo el Profesor Richet, que «es en los confines de las ciencias donde se hacen los grandes descubrimientos», ello revelará que el asunto es en sí tan interesante que ha de suplir la insuficiencia con que habrá de ser tratado por mí, y será motivo quizás para que más tarde completeis este trabajo con observaciones propias de vuestra gran cultura.

No he de hablar con extensión de las relaciones del ojo con la Patología general, porque un discurso largo, aun siendo bueno, es difícilmente soportado. Un mal discurso, como el mío, lo toleraría vuestra benevolencia, que iguala a vuestra ilustración.

Y como el «don de hacerse cargo» no quiero que me falte, seré breve para que vuestra paciencia no acabe.

EL FONDO DE OJO EN MEDICINA GENERAL

La extensión de la Medicina, mayor cada día, ha hecho necesaria su división en especialidades, ganando así en profundidad la que pierde en extensión; mas la relación de la parte con el todo es tan íntima que pudo decir Claudio Bernard: «si yo lo supiera todo de una cosa lo sabría todo». Y es quizás la Oftalmología, sobre



todas las ramas de la Medicina, la que puede ser más útil al internista en su investigación clínica, porque el ojo, con la diversidad de tejidos que lo constituyen, es una imagen reducida de la economía, y, siendo prolongación del cerebro, su examen revelará síntomas importantes de afecciones cerebrales.

La neurología, la patología cardio-renal, la tuberculosis, la sífilis, la diabetes, etc., a todos nos interesan por igual, que a veces la manifestación ocular será el primer síntoma que conduce al diagnóstico de una enfermedad que pone en peligro la vista y la vida.

Sirva de ejemplo el caso frecuente del enfermo con disminución de la agudeza visual, como único sintoma aparente, pero con lesiones más o menos extensas de retinitis albuminúrica, que permiten fijar un pronóstico visual malo y un pronóstico vital todavía peor. Es casi seguro que el enfermo, quede o no ciego, morirá antes de los dos años.

Será otro con pérdida parcial de la visión a consecuencia de retinitis diabética, diagnosticada con el oftalmoscopio y confirmada con el análisis de orina. El descubrir la diabetes es importante, porque la retinitis advierte el final próximo por como diabético o hemorragia cerebral.

En algún caso se piensa en úlcera de estómago por los síntomas poco precisos de dispepsia, dolor y vómitos. Pero la inmovilidad pupilar indica que se trata de un preatáxico.

En un niño con cefalea intensa, que ha sido sometido a diversos tratamientos inútilmente, se habla de la posibilidad de una meningitis en evolución. Un examen detenido de sus ojos descarta la meningitis probable, diagnosticando un defecto de refracción que, corregido, hará desaparecer toda molestia.

Imaginemos, para contraste, otro con iguales síntomas, presentando además neuritis óptica. La sospecha de meningitis se confirma, y un diagnóstico precoz puede salvarlo.

En otro niño con mal estado general y vómitos repetidos, incoercibles, se piensa en apendicitis y hasta en operación. Nada hace suponer la utilidad del oftalmoscopio, porque la visión es perfecta; pero un examen de fondo de ojo descubre el edema del nervio óptico, y, eliminando otras causas, podrá diagnosticarse un tumor cerebral, y la operación precoz (trepanación descompresiva), podrá salvarlo de la ceguera próxima.

Será otras veces la coroiditis tuberculosa, más frecuente de lo que hasta hoy se ha supuesto, la que haga posible el diagnóstico de una tuberculosis latente, con focos ganglionares, vistos a la exploración radioscópica, en el hilio del pulmón sobre todo.



Más frecuente es todavía el caso del que nos consulta con gran disminución de la agudeza visual. La lesión es limitada, pequeñísima; una placa de corio-retinitis central, específica, es el síntoma inicial de su sífilis ignorada, y al tratar a este enfermo de su lesión ocular evitaremos otras localizaciones de la enfermedad general tan grave.

La frecuencia de la limitación del proceso a la mácula exclusivamente será quizá por falta de vasos retinianos. Es el punto vulnerable de la retina, cuya lesión reclama un tratamiento activo, porque el final suele ser con alteraciones irreparables y pérdida parcial de la visión.

Un niño con hipermetropía y astigmatismo que, corregidos, no consigue visión perfecta, puede presentar puntos de corio-retinitis heredo-sifilítica, que explican, al propio tiempo que las alteraciones funcionales del ojo, otras perturbaciones del estado general presente o del porvenir. Es ese niño un heredo-sifilítico diagnosticado con el examen de fondo de ojo con tanta seguridad como con los estigmas de Hutchinson, porque las malformaciones dentarias no son siempre características, la queratitis parenquimatosa es tardía y las alteraciones del aparato auditivo no son frecuentes.

Un tratamiento específico evitará seguras complicaciones a la larga de la sífilis hereditaria, hasta ese momento ignorada.

Los estigmas de fondo de ojo son los más frecuentes e importantes para despistar la sífilis hereditaria: la papila es pálida o grisácea, por atrofia parcial de elementos nerviosos, con borde pigmentado en totalidad o en sector; disminución del calibre de arterias y dilatación de venas; lesiones de periarteritis y endarteritis, estrechando la luz vascular hasta la obliteración completa de algunas ramas.

Son lesiones parecidas a las que Heubner describió en las arterias cerebrales en una afección sifilítica.

A consecuencia de esas alteraciones hay cierta irregularidad en el calibre de los vasos, con estrechamientos y dilataciones alternas.

Los puntos de pigmento, con manchas amarillo-rojizas, aparecen con preferencia en la región ecuatorial o periférica. Y en las formas graves hay porciones desprovistas de pigmento y exceso de él en otros puntos. La región peripapilar presenta una coloración grisácea.

Ante un síndrome de causa no bien determinada, y que pueda a la sífilis ser debido, habrá que investigar si existen otras manifestaciones por herencia, y las haya o no, y aun siendo la reacción de Wassermann negativa, podrá la exploración oftalmoscópica descubrir estigmas de heredo-sífilis que orienten hacia el diagnóstico cierto y salven al enfermo de la afección actual o de las que para después le



amenazan.

Cada estigma representa una letra, ha dicho Charcot, que sola tendrá poco valor, pero varias letras forman una palabra.

La exploración oftalmoscópica, a menudo tan útil, es en determinadas afecciones de un valor extraordinario. Así en la meningitis, junto a los síntomas perimétricos y de orden motor, importantes sin duda, habrá que dar preferencia a las lesiones de fondo, cuya investigación en ningún caso de meningitis debe faltar.

La congestión venosa, edema retiniano peripapilar, más acentuado arriba y abajo en los casos incipientes, invade en los más avanzados la región paramacular.

En otras formas encontraremos, con el edema peripapilar, alteración del mismo borde de la papila, y, en casos menos recientes, lesiones parecidas a las de la papilitis con hemorragia, diferenciándose de ella en que el edema invade hasta la región macular y es perceptible también, a lo largo de los grandes vasos.

En aquellos casos que los neurólogos llaman meningitis serosa frustrada, el único signo objetivo, que acompaña a los síntomas subjetivos indecisos, es la lesión de fondo de ojo. Las alteraciones perimétricas, disminuyendo el campo para el verde, aumentan la mancha de Mariotte de manera constante y característica, siempre en proporción a la extensión del edema retiniano.

La punción lumbar, utilizada por Quincke como medio terapéutico en la meningitis serosa, tiene un efecto favorable sobre el estado general, sobre la extensión del edema, aumenta el campo para el verde y disminuye la extensión del punto ciego.

En la meningitis tuberculosa ha demostrado Sauvigneaux cuánta importancia tienen para el diagnóstico las parálisis o contracturas fugaces. La fotofobia es intensa, en contraste con la meningitis cerebro-espinal, en que no suele presentarse; la midriasis más acentuada en el lado sobre el cual se acuesta el enfermo (Hutinel).

El examen oftalmoscópico revelará neuritis óptica, con frecuencia, hiperemia papilar, otras veces, y neuritis retrobulbar, en algún caso. El éxtasis es raro, hasta el punto de que Dupuy-Dutemps sólo lo encontró tres veces en 35 meningitis tuberculosas.

La frecuencia de la neuritis la explica Opin por la inflamación extendida a las vainas del nervio óptico, reiteradamente comprobada.

Los exudados que impiden la distensión de las vainas del nervio óptico y la compresión de la vena central de la retina, explican, según Dupuy-Dutemps, por qué el éxtasis papilar se ve pocas veces, siendo constante la hipertensión del líqui-



do céfalo-raquídeo.

En las meningitis agudas (meningitis supurada, meningitis cerebro espinal) se observan papilitis, neuro-retinitis y, por excepción, el éxtasis papilar.

En las crónicas es el quiasma, según Uhthoff, el lesionado con más frecuencia y después los oculo-motores. La parálisis de éstos, tan frecuentes, hará pensar en la sífilis; y si se agrega al signo de Argyl el diagnóstico se aclara sin necesidad de Wassermann, de cuya reacción no debe, sin embargo, prescindirse.

La sífilis cerebral, como la meningitis tuberculosa, pueden ocasionar la atrofia del nervio óptico, sin que se hayan observado alteraciones previas de la papila. La linfocitosis que se observa en los sífilíticos, indica una reacción meníngea, y cuando a la linfocitosis se agrega la perturbación visual, habrá que suponer la meningitis óptica sífilítica.

Las alteraciones del nervio óptico en el curso de algunas infecciones señalan una complicación meníngea y no localización del agente infeccioso primitivo.

Como en la meningitis tuberculosa y en la cerebro-espinal el edema papilar es la excepción, y es, en cambio, más frecuente en la serosa, el diferenciar la neuritis óptica del éxtasis es importantísimo y fácil a veces, difícil otras, porque al edema puede seguir un proceso inflamatorio del nervio óptico, como en la sífilis cerebral y en la meningitis tuberculosa.

Las hemorragias retinianas en las meningitis demuestran su naturaleza séptica. La presencia de tubérculos en la coroides su origen tuberculoso.

Siempre que haya sospecha de tuberculosis del cerebro, dice Bouchut, existan o no trastornos visuales, es preciso observar el fondo de ojo; y, como en las meningitis, se encontrarán lesiones de neuritis óptica, neuro-retinitis y exudados peripapilares.

A las alteraciones de fondo habrá que agregar para el diagnóstico otras oculares importantes: al principio síntomas de excitación (miosis, fotofobia, contractura de los músculos oculares, de los rectos internos sobre todo), siguen síntomas de parálisis (ptosis, queratitis neuro-paralítica, etc.). La midriasis será consecuencia de la parálisis o del aumento de la presión intracraneal. El reflejo luminoso es débil o ha desaparecido. La transición de miosis en midriasis se hace rápidamente.

La neuro-retinitis es generalmente bilateral. Las alteraciones perimétricas (escotoma central y periférico) serán comprobables en la convalecencia, que no es posible tal exploración durante el ataque.

Cuando el enfermo no muere suele quedar con amaurosis o ambliopía, con alteración de la visión central y periférica.

Uhthoff ha visto seguir a la meningitis cerebro-espinal trastornos del centro



cortical con perturbaciones visuales.

Puede haber propagación a la órbita con las alteraciones de fondo propias de estos casos. Preséntase también la irido-coroiditis por metástasis, que acaba en la ceguera incurable.

En esos ojos hipotónicos y hundidos en las órbitas, con córneas pequeñas y transparentes, con reflejo blanco al oftalmoscopio, por desprendimiento de la retina se puede reconocer el origen meníngeo. Es en la cerebro-espinal epidémica donde con más frecuencia se observa esta metástasis de tan mal pronóstico.

El edema papilar es consecuencia de afecciones diversas, pero la causa más frecuente es el tumor cerebral.

Kampherstein en 200 casos de edema ha encontrado en 134 el tumor cerebral.

Uhthoff ve el éxtasis del lado del tumor en 53 por 100 y en 44 por 100 del lado opuesto.

El éxtasis con atrofia del nervio óptico suele indicar un tumor de la base con lesión primitiva del nervio atrofiado.

En caso de tumor cerebral hay en el líquido céfalo-raquídeo albuminosis sin linfocitosis. (Síndrome de Sicard).

Es importante para diferenciar la neuritis óptica (lesión esencialmente inflamatoria) del éxtasis papilar (sintomático del aumento de presión intracraneal) la visión normal en casos de éxtasis y el campo visual sin más alteración que el aumento de la mancha de Mariotte. El sentido luminoso es normal al comienzo de esta afección, pero encuéntrase profundamente alterado cuando de papilitis se trata.

El edema suele ser rebelde a los tratamientos médicos que con éxito pueden combatir la papilitis, y quizá en algunos casos de curación (no todos) se trate más bien de neuritis ópticas. Por eso afirma Horseley que sólo interviniendo sobre el foco, trepanando, se puede evitar la amaurosis; fatal terminación si el tiempo se pierde con los tratamientos médicos al uso.

Son los neurólogos de los Estados Unidos, cirujanos al mismo tiempo, los que han realizado mayores progresos en este punto, y si a menudo la afección es incurable la vista podrá ser conservada mientras la vida dure.

Hecho el diagnóstico de éxtasis papilar la intervención precoz se impone. Hay que obrar pronto y bien, antes de que haya alteraciones definitivas en la estructura del nervio óptico, pues ningún tratamiento podrá reparar lo anatómicamente destruido.

Hipel, autoridad indiscutible, es partidario de la craneotomía precoz, sin incindir la dura madre, y no acepta la punción lumbar ni aun en los casos de éxta-



sis por meningitis.

Axenfeld no se decide por intervención quirúrgica tan importante hasta que la agudeza visual baja.

Siegrist habla de los buenos resultados de la punción lumbar como diagnóstico y tratamiento.

La craneotomía descompresiva debe ser la operación indicada en casos de tumor cerebral, porque la punción es inútil y peligrosa. La trepanación es hoy, con los progresos de la cirugía, operación sin grandes riesgos, y los casos de éxito son frecuentes.

Pero como hay otros de éxtasis papilar por meningitis serosas, que curan bien con tratamiento médico y algunas punciones lumbares, en un exceso quirúrgico el trepanar siempre.

En casos de hidrocefalo externo, frecuente en meningitis serosas y purulentas, la punción lumbar, en decúbito lateral, es lo indicado. Cuando la circulación del líquido céfalo-raquídeo se encuentra dificultada por obstrucción del acueducto de Silvio, punción del tercer ventrículo.

La craneotomía será el tratamiento de elección en el tumor cerebral, mas no debe hacerse demasiado tarde, porque una vez iniciada la atrofia la operación no evita ya la ceguera.

En la tabes la atrofia óptica es muy frecuente, según estadísticas de neurólogos y oftalmólogos. La tercera parte de enfermos con atrofia papilar son tabéticos. El proceso hace su aparición en el período preatáxico, hasta el punto de que más tarde su presentación es poco probable. Grosz cree que cuando la atrofia se diagnostica después será porque la exploración no se hizo bien a su debido tiempo. Puede ser el primer síntoma y hasta preceder a los demás en varios años, según Fournier, afirmándose por algún autor que el enfermo que llegara al período atáxico se vería libre de la atrofia óptica. Después de ella el dolor disminuye y la marcha de los síntomas atáxicos es menos rápida, advirtiéndolo Benedikt que existe cierto antagonismo entre el proceso espinal y la afección óptica. El monstruo se satisface cuando ciega a su presa, ha dicho Charcot, coincidiendo con la opinión de los que han observado que los demás síntomas se atenúan con la amaurosis.

En los casos vistos antes de que la alteración visual central y periférica y discromatopsia sean marcadas, habrá hiperemia de la papila. La atrofia se inicia después con palidez del disco óptico, no de un sector como en la esclerosis en placas; sus bordes son bien limitados, el color grisáceo, por especial disposición de la lámina cribosa; otras veces la papila es blanca, probando que la distinción de atrofia gris, espinal, y atrofia blanca, cerebral, no es exacta.



La atrofia óptica en los tabéticos con nada se detiene y hasta a veces parece agravarse con el tratamiento mercurial. La terminación en un plazo de meses o de años (su curso es variable) es la amaurosis absoluta.

El pronóstico vital de los tabéticos ciegos parece menos malo que en los demás.

Retinitis albuminúrica. En esta retinitis, mejor llamada nefrítica, porque la albuminuria no es constante, el examen de fondo de ojo es de utilidad reconocida. Todo nefrítico debe ser examinado al oftalmoscopio de cuando en cuando, pues la alteración de fondo, aun careciendo de síntomas subjetivos, indica que la muerte no está lejos.

De Graefe, el primero, estableció en el vivo la relación entre los trastornos oculares y renales.

La retinitis puede presentarse en todas las afecciones de riñón que determinen una insuficiencia de cierto grado, sea cual sea la causa de la lesión renal. Parece debida a la retención de urea, más que a la de cloruros, según se desprende de investigaciones recientes.

Los focos exudativos blanquecinos no son exclusivos de la retinitis nefrítica, se presentan también en la diabética y en ciertas alteraciones de la sangre y de los vasos, pero suelen formar en la albuminuria la estrella macular, debida a la distribución de las fibras ópticas.

En la clínica de Volhard, donde con frecuencia se ven al oftalmoscopio todos los enfermos de riñón, haya o no alteración visual, ha llamado la atención que cuando no hay hipertensión arterial las lesiones de retina no se presentan. Si aquélla es acentuada, en la retina se observa desde la contracción arterial (síntoma inicial) hasta la retinitis albuminúrica gravísima, con edema, alteraciones papilares, focos de degeneración, estrella macular y hemorragias. El edema es frecuente al principio y desaparece cuando se presentan los focos degenerativos.

La retinitis sin hipertensión arterial general es dudoso que sea nefrítica (tan constante es ese síntoma), pero también es difícil encontrar la retinitis nefrítica sin hipertensión arterial retiniana. Esta hipertensión local es un síntoma precoz que puede presentarse en casos en que la visión es todavía intacta y el examen oftalmoscópico no revela nada anormal. Las alteraciones visibles de la retina vendrán después.

La escuela alemana (Von Michel, Ch. Theodore, Ewetzky, Graeffe, etc), considera las alteraciones de la retina como consecuencia de una afección general del árbol arterial, que atacaría, sobre todo, los vasos del riñón y la retina. Entre la nefritis y retinitis no hay relación de causa a efecto. Las dos tienen igual origen. Esta



teoría no es aceptada por los modernos autores.

En la retinitis nefrítica tiene gran importancia la localización peripapilar de las hemorragias y edemas, hasta el punto de que las formas hemorrágicas no limitadas a la región papilar deben ser consideradas como afección vascular local.

En algún caso de albuminuria existe ambliopía central por neuritis retrobulbar sin lesión de fondo de ojo y campo visual normal, y a esto sigue el escotoma central y reducción del campo visual, para terminar en la ceguera.

El papel que atribuye Chauffard al exceso de colessterina para explicar la retinitis albuminúrica es negado por otros, y entre éstos hay que citar a Gaudissart, en su notable trabajo del Hospital General de Filadelfia, que no encontró exceso de colessterina en la sangre en más de la mitad de enfermos, y cuando la había se acompañaba de hiperazotemia, hipertensión arterial o de ambas cosas. Como por otra parte, los cardio-renales tienen exceso de colessterina, no cree exista relación entre este hecho y la formación de exudados en la retinitis nefrítica.

El tratamiento será el de la nefritis, pero en caso de éxtasis papilar con hipertensión del líquido céfalo-raquídeo estará indicada la punción lumbar. Cuando la nefritis sea de origen sifilítico habrá que hacer un tratamiento específico prudente, a excepción de aceite gris y calomelanos, cuyo uso supone siempre la integridad del riñón (Chauffard).

En la retinitis gravídica también puede faltar la albuminuria. La causa atribuida por algunos a la alteración sanguínea, a la toxemia, sería origen de la retinitis a su vez. Para otros las lesiones serían dependientes de la nefritis, aunque ésta sea consecutiva a la alteración de sangre.

A la azotemia se deberán quizá las lesiones de retina.

Los trastornos visuales varían de la disminución o pérdida de visión pasajera a la amaurosis definitiva.

No es rara la curación de la retinitis gravídica, pero si se presenta otro embarazo el pronóstico es más grave y la enferma probablemente quedará ciega.

El aborto, al disminuir sensiblemente la visión, no debe aplazarse.

Retinitis diabética. Son más frecuentes las hemorragias que en la nefrítica, ofreciendo semejanza las alteraciones de retina en ambos casos.

Hirschberg describe tres formas: la retinitis central con hemorragias y exudados puntiformes, la hemorrágica con focos degenerativos y la pigmentaria (más rara).

Esos enfermos tienen insuficiencia renal e hipertensión arterial. Esta no ha faltado en ningún caso de los observados en la clínica de los Mayo, y jamás han visto lesiones de la retina, por alta que sea la glucosuria, cuando no se acompañan de



otras vasculares generales.

Las hemorragias son abundantes y suelen ir seguidas de retinitis proliferante.

La trombosis de la vena central, la obstrucción de la arteria y el glaucoma hemorrágico son complicaciones posibles y graves.

El pronóstico es aún peor en la forma hemorrágica que en la retinitis central.

Todos estos enfermos con hipertensión arterial, a menudo con insuficiencia renal, mueren pronto. El coma diabético o la hemorragia cerebral les amenaza y la fatal terminación es cosa de pocos años. Y en los últimos de su vida, «privados de ocupación, sometidos a un régimen penoso, medio ciegos, arrastran, en fin, una existencia lamentable». (Onfray).

En la arterioesclerosis hay alteraciones de fondo de ojo, de gran importancia en Medicina general, pues los vasos de la retina son imagen de los del cerebro, y con frecuencia las lesiones son idénticas.

La perivasculitis, sinuosidad de los vasos, dilatación e interrupción de la continuidad de las venas y edema retiniano peripapilar, son los signos oftalmoscópicos en estos casos. Es una variedad de retinitis en que dominan las hemorragias. Hay hipertensión arterial, aortitis, etc., y la sífilis a menudo interviene.

Rahlmann dice que del estado de esclerosis de los vasos retinianos se puede deducir el de esclerosis de los vasos cerebrales.

El examen oftalmoscópico es, según Hutchings, el medio más seguro de diagnóstico en la arterioesclerosis cerebral.

Hertel, con su gran experiencia, afirma que la arterioesclerosis de la retina indica estado semejante en los vasos del cerebro, comprobado con numerosas autopsias.

Uhthoff y Siegrist han hecho parecidas afirmaciones.

Todo esto justifica que Bouchut llamara, con feliz acierto, a esta exploración «Cerebroscopia», y diga que en afecciones cerebrales la cerebroscopia nunca falte.

El pronóstico para la vida es más grave que para la vista. La apoplejía cerebral llega poco tiempo después de las hemorragias de la retina. Casi todos los enfermos vistos por Geiss murieron en los tres primeros años.

Huchard, Lapersonne, Sulzer, Oswald y otros han observado que comprobadas las lesiones de retina, los enfermos sucumben pronto.

El oftalmoscopio, dice Jaeger, proporciona servicios más importantes a la Clínica Interna que a la Oftalmología.

El día en que el examen de fondo de ojo se haga siempre que pueda ser útil



en Medicina general, el diagnóstico será más exacto y el pronóstico tendrá mayor precisión:

Y termino ya, para cumplir la promesa de ser breve. Y quiero que mis últimas palabras sean para repetir las que pronunciara Ritz, médico general ilustre, en una de sus conferencias sobre localizaciones extra-pulmonares de la tuberculosis, refiriéndose a la Oftalmología: «la transparencia y la clarividencia del aparato que ella estudia, nos coloca, por decirlo así, en lo alto de un Observatorio, donde hemos visto sobre todos los dominios de la Medicina».

HE DICHO



4

