

NOTAS DE MEDICINA PRACTICA

OFTALMOLOGIA

INFECCIONES OCULARES

Dr. T COLLYER SUMMERS. F. R. C. S.

Cirujano del «Western Ophthalmic Hospital». Londres

Antes de ocuparnos de las infecciones del ojo propiamente dicho, es de la mayor importancia considerar las que afectan los párpados y el saco lagrimal.

Infecciones palpebrales

El *orzuelo* es probablemente la más frecuente, y se caracteriza porque siempre está situado alrededor de la raíz de una pestaña, y al arrancar ésta se resuelve el proceso. Una desagradable condición del orzuelo es que tiende a ser múltiple y recidivante. Hay casos en que llega a interesar los cuatro párpados a la vez. El microorganismo causal es, generalmente, el estafilococo dorado. A pesar de lo molesto e inestético de la enfermedad, no constituye ningún peligro.

La infección de los ángulos palpebrales es la llamada *blefaritis marginal* con enrojecimiento a lo largo de dichas zonas, particularmente los segmentos inferiores y descamación del epitelio. Puede ocurrir también la pérdida de algunas pestañas y la tumefacción del conjunto de los párpados.

Otro proceso también muy corriente es la *infección aguda de un quiste de Meibomio*. Se inicia con rápida hinchazón de una zona palpebral, dolor intenso y gran edema, tanto que el ojo se halla ordinariamente cerrado por el mismo, y — de modo constante — adenopatía del ganglio preauricular. El edema puede ser tan considerable que se extienda hasta la nariz y el párpado del otro lado. Siempre que es posible observar el ojo, entreabriendo la hendidura palpebral, se comprueba que está normal, y que la conjuntiva bulbar está blanca. El curso es rápido y en general bueno.

El *tratamiento* de las tres afecciones es similar. En los orzuelos, si se arranca la pestaña infectada y se aplica crema de penicilina en toda la extensión de los párpados, se obtiene la curación en uno a dos días, aunque pueden ocurrir recidivas. Para prevenirlas es útil el empleo de vacuna antiestafilocócica polivalente.

La *blefaritis marginal* también responde bien a la crema de penicilina; en algunos casos, sin embargo, no basta y conviene pintar las comisuras con una solución de verde brillante y cristal violeta que los resuelve satisfactoriamente, aunque esta última medicación tiene el grave inconveniente de ser muy mal adoptada por los enfermos a causa de la pigmentación, en extremo llamativa, que provoca durante el tratamiento. Las recidivas pueden ocurrir, lo mismo que en el orzuelo. Las pomadas con sulfotiazol podrán emplearse con satisfactorios resultados cuando hayan fracasado otras medicaciones.

El *quiste meibomiano infectado* se trata con fomentaciones calientes y mejor con onda corta. Es difícil y a la vez poco aconsejable incindir un pequeño absceso meibomiano, pues generalmente ocurre una rotura interna espontánea, entonces el edema disminuye rápidamente y con los cuidados usuales de limpieza y baños oculares anodinos cura el proceso. Ahora bien, si no se abre espontáneamente y al ceder la inflamación queda un pequeño nódulo residual, se extirpará luego sin riesgo de posteriores infecciones. Durante el período agudo la instilación en el saco conjuntival de unas gotas de albucid al 10 % permite acortar notablemente la duración del mismo.

Infecciones del saco lagrimal. (Dacriocistitis)

Pueden ser agudas o crónicas y siempre van acompañadas de obstrucción, ge-

neralmente en el punto en que se une el saco con el conducto nasolagrimal. La dacriocistitis aguda es muy dolorosa, existiendo marcada congestión y edema sobre el saco lagrimal, pero sin derrame purulento en la conjuntiva. El diagnóstico diferencial entre el saco lagrimal infectado y una infección de las celdas etmoidales que se prolongue hasta la región del *canthus* interno acostumbra a ser fácil: la tumefacción correspondiente al primero se halla principalmente por debajo del ligamento tarsal interno, mientras la segunda está en su mayor parte por encima.

La infección de las celdas etmoidales origina generalmente celulitis de la órbita con gran edema de la conjuntiva, proptosis del globo del ojo y limitación de los movimientos. Hay elevación térmica. El párpado superior está más edematoso que el inferior, no hay derrame purulento en el saco conjuntival. El ojo, en sí mismo, está escasamente afecto, el fondo aparece normal.

Las inyecciones intramusculares de penicilina son en extremo activas en el tratamiento de estos casos, y si se empiezan pronto se evita la incisión del absceso, resolviéndose completamente. Durante el tratamiento penicilínico es aconsejable una medicación local mediante fomentaciones y onda corta. En la celulitis orbitaria los resultados — aunque excelentes — no son tan completos y casi siempre es necesario incidir en el ángulo súpero-interno de la órbita; se introducen dos forceps de seno y se encuentra pus en cantidad variable. En los casos graves precisará descubrir quirúrgicamente toda la zona afecta y extirpar todos los fragmentos de hueso necrosados.

Las infecciones crónicas del saco, conocidas generalmente como «*Mucocele lagrimal*», aunque sean muy poco molestas y parezcan sólo un inconveniente a causa de la epifora que provocan, son en realidad muy peligrosas. La penetración continua de pus en el saco conjuntival y su estancamiento en el mismo, significa la creación de un magnífico dispositivo para la incubación y proliferación de microorganismos patógenos. En estas condiciones la más pequeña lesión de la córnea, por ejemplo, la ceniza de un cigarrillo, un cuerpo extraño llevado por el viento, bastará para que se produzca una úlcera de la córnea con severas complicaciones.

Para tratar este proceso deberá, en primer lugar, cateterizarse el saco lagrimal, dilatando el canalículo inferior e introduciendo un trócar adecuado. Entonces se inyectará aire a su través. En los casos precoces se consigue restablecer el paso y el proceso cura. Es recomendable investigar en este período la causa de la formación de membranas mucosas nasales, para tratarla debidamente. El saco puede inyectarse con solución de penicilina y con un astringente, por ejemplo, sulfato de zinc, o bien albuicid al 10 %. Si el mucocele persiste a pesar de todo ello estará indicada la intervención. El saco puede abrirse en la nariz (dacriocistorinostomía), o bien ser extirpado (dacriocistectomía). Cerca de un 60 % de los casos curan con la primera operación; si no, habrá que verificar la segunda, inexcusablemente.

Infecciones del ojo

Las infecciones de los ojos pueden dividirse en dos grupos: aquellas que proceden del exterior y las motivadas por gérmenes transportados por la circulación general. En cuanto a las primeras, es necesario que previamente exista alguna destrucción de la cubierta epitelial para que ocurran serias infecciones del ojo propiamente dicho. Ha podido establecerse con seguridad que ciertos gérmenes al desarrollarse en el saco conjuntival tienen un superior poder destructivo sobre el epitelio de superficie. El gonococo, en el adulto, antes de la era penicilínica y sulfamídica era invariablemente fatal, llevando a la pérdida del ojo. El microorganismo de menor virulencia encontrado en el saco conjuntival es el estafilococo blanco y es muy raro que determine trastornos.

Por el contrario, el estafilococo dorado y el neumococo son ambos nocivos, más el segundo que el primero, aunque con grandes oscilaciones en su virulencia.

Conjuntivitis puógenas

Las variadas formas de conjuntivitis originadas por alguno de los microorganismos citados, si son propiamente tratadas y no existe abrasión o destrucción del epitelio superficial de la córnea, no producen ninguna infección ni complicación en el propio ojo. El proceso conocido con el nombre de «ojo rojo» (*pink-eye*) que hace algunos años era una seria y contagiosa enfermedad, parece haber des-

aparecido y creo que actualmente no se encuentra ya ninguna verdadera colonia del bacilo de Koch-Wells. El cuadro clínico era el de una severa inflamación de la conjuntiva palpebral y bulbar con pequeñas úlceras en la periferia de la córnea, y puede ser simulado por alguno de los gérmenes citados en el anterior párrafo.

Si la infección conjuntival no se trata el epitelio puede destruirse ya por la propia infección o bien por algún agente externo, como un cuerpo extraño. Por este motivo los sacos lagrimales crónicamente infectados deben extirparse o drenarse en la nariz, pues de lo contrario actúan como incubadores permanentes de bacterias, especialmente de neumococos. Al ocurrir una abrasión de la córnea se desarrolla rápidamente una úlcera, con induración de sus bordes que muestran una coloración grisácea. Si el proceso continúa abandonado a sí mismo puede ocurrir la inflamación del iris y del cuerpo ciliar, con exudación desde la superficie de dichas estructuras en la cámara anterior del ojo, que puede coleccionarse ya en la cara posterior de la córnea formando zonas de *queratitis punctata* o bien en el ángulo inferior de la propia cámara, constituyendo unas masas amarillogrisáceas conocidas con el nombre de *hipopion*. La uveítis es siempre debida a las toxinas y el hipopion es invariablemente estéril. Si los gérmenes llegan a penetrar entonces sucede la panoftalmía, para la que no existe tratamiento satisfactorio, aunque puede esperarse que la penicilina será útil, especialmente si se emplea en momentos relativamente precoces.

El cuadro clínico general de todas estas conjuntivitis producidas por gérmenes puógenos consiste en enrojecimiento y quemazón de los ojos, y secreción purulenta de grado variable, que pega los párpados, hecho muy apreciable al levantarse el enfermo por la mañana. Sólo en casos graves afecta la conjuntiva bulbar. La cantidad de la supuración es muy considerable en la conjuntivitis gonocócica de niños y adultos. No obstante, en los primeros, el estafilococo dorado o el estreptococo son capaces de originar un cuadro idéntico. La secreción pega los bordes de los párpados, éstos se hinchan y son presionados hacia adelante por el acúmulo de muco-pus. Cuando al explorar un enfermo se abren los párpados el pus sale con fuerza, de modo parecido a como una grosella madura despidе su jugo al ser exprimida. (Por ello es absolutamente necesario que los médicos y personal sanitario auxiliar usen gafas protectoras.) La superficie conjuntival de los párpados está engrosada, velvética y muy roja, excepto en las infecciones neumocócicas en que existe una coloración rojo-rosada o ciruela, muy curiosa y de valor para orientar el diagnóstico. No es corriente la adenopatía preauricular.

Tratamiento. — Las sulfamidas y la penicilina han mejorado notablemente el pronóstico, y ahora, incluso en lo que concierne a la infección gonocócica, existe un amplio margen de seguridad. Anteriormente la «*ophthalmia neonatorum*» se curaba en gran número de casos mediante pincelación diaria de la conjuntiva palpebral con nitrato de plata al 1/100 y frecuentes lavados. En cambio, la conjuntivitis gonocócica del adulto era casi invariablemente desastrosa. Se ha podido comprobar que la administración cada cuatro horas de 1/4 de tableta de sulfapiridina (o sulfotiazol) a un niño afecto del proceso, junto con lavados frecuentes con solución fisiológica esterilizada para mantener los ojos limpios y prevenir la adherencia de los párpados, consigue una curación completa en el plazo de unos dos días. La penicilina alcanza similares resultados, pero requiere más atención.

La oftalmía gonocócica en el adulto, si bien poco frecuente, no es extraordinariamente rara y responde bien al tratamiento combinado de penicilina por vía intramuscular y local, junto al sulfiazol «per os». Tanto en los niños como en los adultos es aconsejable dilatar las pupilas mediante atropina, pues casi invariablemente hay algunas úlceraciones corneales de extensión variable. En ninguna circunstancia deben aplicarse vendajes.

Las otras formas de conjuntivitis puógenas no responden tan fácilmente a la penicilina y sulfamidas empleadas solas. Ahora bien, si se añade la pincelación de la conjuntiva palpebral con nitrato de plata al 1 %, y frecuentes lavados, se obtiene generalmente una curación rápida y completa.

En todos los casos de conjuntivitis muco-purulentas subagudas o crónicas, si hay ulceración en la córnea debe excluirse ante todo la presencia de un mucocelo lagrimal. El uso de apósitos está en principio contraindicado, y deben restringirse lo más posible, no aplicarse durante más de cuatro horas consecutivas e ir precedidos y seguidos de un amplio lavado del saco conjuntival.

En algunos casos, en los cuales un cuerpo extraño ha causado una abrasión de la córnea con úlcera e hipopion, es necesario mantener al enfermo en cama, y aparte del tratamiento de la conjuntivitis o mucocelo que exista, debe cauterizarse la úlcera con fenol puro. La instilación de penicilina a la concentración de 1.000 U. O. por c. c. cada hora durante el día y tres veces por la noche, bajo absoluta asepsia, mejora la úlcera rápidamente, pero ejerce muy poca acción sobre el hipopion. Es necesario mantener la pupila dilatada mediante la instilación de un colirio de atropina al 1 % mañana y noche, y aplicación de calor seco (infrarrojos, un calentador eléctrico, etc.). Es muy útil la onda corta en sesiones diarias o bicotidianas. La inyección endovenosa diaria de 500 mg. de vitamina C determina una rápida absorción del hipopion (SUMMERS, 19, 46).

Conjuntivitis no puógenas

De los microorganismos no puógenos el bacilo de MORAX-AXENFELD es el más común, y determina una congestión de las comisuras palpebrales internas y externas, y además unas formaciones foliculares en la superficie interna del párpado inferior, y ocasionalmente del superior.

Tratamiento. — Esta enfermedad, que es muy frecuente y parece que se transmite por vía aérea, responde bien al empleo de colirios con sulfato de zinc al 2 %. En casos muy intensos será aconsejable pincelar la cara interna de los párpados con una solución fuerte de sulfato o cloruro de zinc e incluso con nitrato de plata al 1 %. Como en la conjuntivitis mucopurulenta, el empleo de apósitos está absolutamente contraindicado, y afortunadamente la ulceración de la córnea es aquí excepcional. Es recomendable explorar la refracción, pues en muchos casos existe cierto grado de hipermetropía cuya corrección óptica es indispensable, pues constituye un factor a la vez predisponente y agravante.

Infecciones generales

Las infecciones generales que afectan el ojo con más frecuencia son la tuberculosis y la sífilis. Debe mencionarse el tipo de conjuntivitis flictenular con ulceración de la córnea que se presenta en niños con «terreno» tuberculoso y queratitis intersticial. Este tema es, sin embargo, tan extenso que no procede desarrollar ampliamente aquí.

Conjuntivitis flictenular. Antes de que se trataran correctamente las amígdalas y las vegetaciones adenoideas, se observaba con frecuencia un nódulo ligeramente elevado en el borde esclero-corneal, con un pincel de vasos que conducían al mismo. Desde que las citadas afecciones rinológicas se benefician de terapéutica adecuada y las condiciones generales de vida han mejorado, la conjuntivitis flictenular casi ha desaparecido de las clínicas oftalmológicas.

La *queratitis intersticial* es afortunadamente una enfermedad ahora poco frecuente. Ocurre, en general, entre los diez y veinte años, y se caracteriza por intensa fotofobia, marcada inyección ciliar y gradual vascularización profunda de la córnea. Se observan siempre otros síntomas de sífilis congénita. Los arsenicales orgánicos parecen ejercer una acción nada más que relativa sobre el proceso, si bien hay indicios de que, en conjunto, la severidad del mismo ha disminuído. La penicilina administrada por vía intramuscular parece ejercer una cierta acción beneficiosa.

BIBLIOGRAFIA

SUMMERS T. C. (1946). Brit. J. Ophtal. 30, 129.

(Extracto de «The Practitioner». N. 947, 158, mayo 1947, pág. 394. Symposium de enfermedades de los ojos. — Traducido del original en lengua inglesa por la Redacción.)