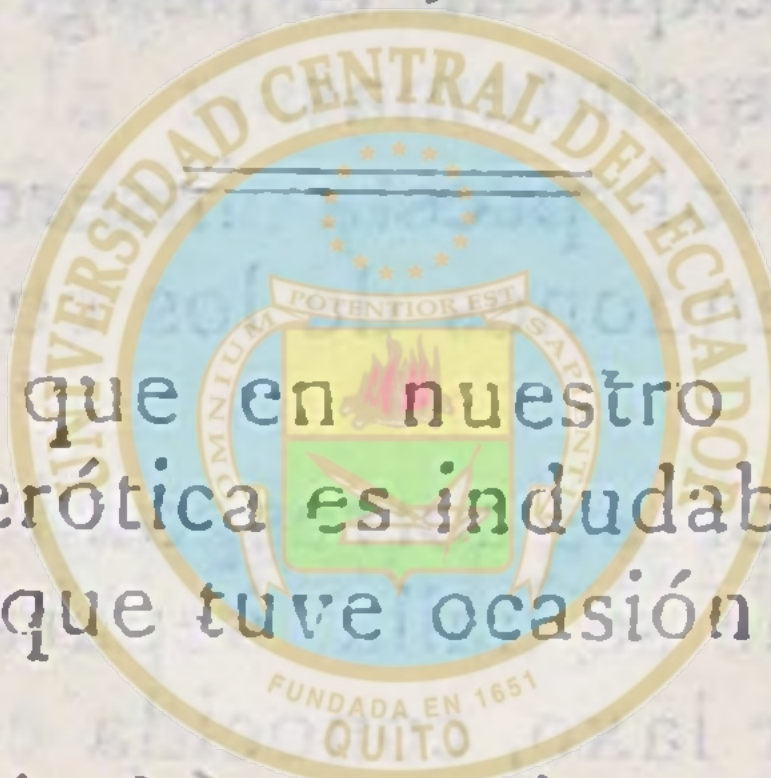


X INFLAMACIONES DE LA ESCLEROTICA

POR EL DOCTOR

X ALEJANDRO DE LA TORRE,

Profesor de Oftalmología y Oto-rino-laringología.



La frecuencia con que en nuestro medio se presentan las inflamaciones de la esclerótica es indudablemente en una proporción mayor que aquella que tuve ocasión de observar en los hospitales de Francia.

Confundidas las escleritis por algunos de mis discípulos, con las conjuntivitis flictenulares o catarrales y en la creencia de que estas inflamaciones como pertenecientes a las membranas externas del ojo, deben de ser del dominio del médico práctico, me he decidido a escribir este capítulo; con su divulgación, puede ser que haya servido a los intereses de la clínica general.

En la sintomatología y especialmente en la etiología tomaré en cuenta mis casos clínicos, aquellos que revisten caracteres típicos de inflamaciones esclerales, observados ya en mi clientela particular, como en mi servicio del Hospital.

Citaré un caso clínico que por su etiología bien puede interesar a los mismos médicos que se han dedicado con especialidad a la Oftalmología.

Sin querer hacer anatomía descriptiva de esta capa ocular, voy a recordar en resumen y a manera de *anatomía clínica*, ciertos detalles de la túnica fibrosa del ojo, para ayudar a la comprensión de términos especiales y para explicarnos muchos hechos patológicos.

Córnea y esclerótica constituyen aquello que se denomina la túnica fibrosa del ojo, a la esclerótica, segmento de una esfera hueca de convexidad externa, le corresponde los cinco sextos.

La esclerótica es la continuación de la córnea, no difiere de ella sino por la manera como las fibras conjuntivas se agrupan. Dispuestas perpendicularmente entre sí, aseguran la transparencia, por esto que en el glaucoma pierde su perfecta transparencia, la tensión comprime estas fibras y las agrupa. En la esclerótica las vemos oblicuas, transversales y ántero posteriores, formando una masa fibrosa, como si dijéramos afieltrada, circunstancia que hace de la esclerótica una córnea opaca.

Con su dureza y resistencia toma parte en la forma y protección del ojo; por sus fibras elásticas desempeña también el papel de ayudar en el sostenimiento del equilibrio hidrostático intra-ocular, que expuestos se hallan a un glaucoma aquellos sujetos que por su edad o por una alteración patológica inflamatoria o cicatricial pierden la elasticidad de la esclerótica.

Sus relaciones nos explican el peligro de las complicaciones y la patogenia de muchos síntomas.

La superficie exterior presta inserción a los músculos extrínsecos, esto es, a los tendones de los cuatro músculos rectos y a los de los oblicuos.

La superficie interior se corresponde en toda su extensión con la coroides, de la que se halla separada por una capa muy pequeña de tejido celular laxo, conocida con el nombre de lámina fusca.

Sus aberturas: la anterior se suelda con la córnea y a este nivel se encuentra un pequeño conducto, el canal de Schlemm, que ya no se le discute su pertenencia al sistema linfático del ojo. La abertura posterior da paso al nervio óptico, toma el nombre en este punto de lámina cribosa y vemos entonces las numerosas perforaciones que a este nivel hacen las fibras del nervio óptico y los vasos.

NOCIONES GENERALES

Las inflamaciones de la esclerótica rara vez atacan al segmento posterior, se limitan al segmento anterior.

Ségún que estas inflamaciones ataquen las capas superficiales o profundas, se denominan *epiescleritis* o *escleritis*.

Si hay una delimitación clínica exacta y desde este aspecto se puede perfectamente conservar la denominación que acabamos de hacer, anatómicamente es difícil que exista esta distinción,

porque podremos encontrar el predominio de la inflamación de la una capa sobre la otra, pero nunca el exclusivismo, aún en las formas más benignas.

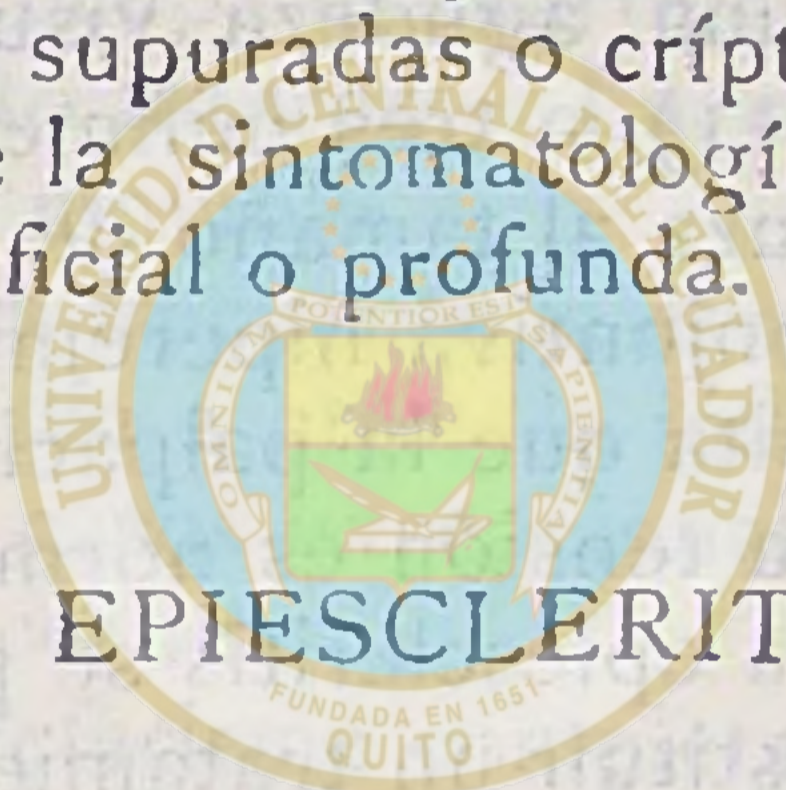
La epiescleritis como la escleritis presentan indudablemente un cierto número de causas comunes.

Entre nosotros he podido observar que la mayor parte de ellas se presentan en adolescentes con un terreno reumático, en individuos pretuberculosos. Hay una causa ocasional, que bien merece hacerla referencia, el frío, la humedad; es durante el invierno cuando más ocasión he tenido que tratar estas inflamaciones esclerales.

El Profesor Panas, dice que la gota, la blenorragia y la sífilis favorecen la aparición, Terrien incrimina también a los disturbios en la menstruación y manifiesta casos de escleritis en mujeres atacadas de metrorragias, cada vez que el flujo se detiene, el Profesor Lapersonne cita los traumatismos, como el punto de partida de la escleritis, en sujetos predispuestos.

Una de mis observaciones permite agregar a esta lista etiológica las amigdalitis supuradas o crípticas.

Ya al hablar de la sintomatología, precisa diferenciar las formas clínicas: superficial o profunda.



EPIESCLERITIS

ÁREA HISTÓRICA
DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL

Esta forma de inflamación se la conoce también con el nombre de escleritis botonosa.

Desde el punto de vista objetivo se caracteriza por una elevadura violácea, vascular y que hace parte, como es natural, con la esclerótica; el tamaño de la elevadura es el de una arveja, cuando es más pequeña —que si las hay— la confusión cabe con una flictena. Ciertamente que la conjuntiva bulbar está congestionada a este nivel, pero no presenta jamás ni vesícula, ni se ulcera; se diferencia además por la sintomatología subjetiva.

Desde el punto de vista subjetivo, el enfermo se queja de dolor provocado por la presión al través del párpado; un fastidio ocular, cual si tuviese un objeto extraño dentro del ojo.

Puede ganar la inflamación las capas profundas, pero cuando esto no sucede, los fenómenos reaccionales son poco intensos.

La afección es monocular.

El Dr. F. Terrien, en su tratado de Oftalmología, dice que es muy raro el botón único, algunos días después aparece un segundo y luego hasta un tercer botón, y cada uno forma un diferente proceso.

Durante mi práctica profesional, en la que puedo enumerar unas veintitrés escleritis, en las veinte he observado un solo botón. De estas veinte, unas cinco de forma severa, pero antes que la aparición de nuevos botones, la inflamación se propagó a las capas profundas y llegando a producir una sintomatología de irido-ciclitis.

Excepto estos casos complicados, en ninguno hubo disminución de la agudeza visual.

Creo oportuno consignar la historia clínica de uno de mis enfermos, del caso que, en mi concepto, da el tipo de cómo son nuestras epiescleritis.

M. T. 19 años de edad. Antecedentes hereditarios, sin importancia. Cuenta entre los personales sarampión y gripes muy ligeras. Desde los 13 años de edad regla normalmente. Su estado general es bueno. Quince días antes de su afección ocular presente, siente dolores muy lentos y pasajeros de las rodillas, que la enferma atribuye a los días muy lluviosos y húmedos y que desaparecen sin ningún tratamiento.

El O. D. presenta una agudeza visual = 1. En la región superior y externa (10 a 11), a tres milímetros del limbo, un botón que escasamente alcanza al tamaño de una arveja, botón violáceo, cubierto por una conjuntiva hiperemiada en una extensión tres veces mayor. Necesita que la palpación sea un poco fuerte para que acuse dolor. La tensión es normal.

El diagnóstico de una epiescleritis se presenta muy clásico.

Importa ante todo instituir un tratamiento general, de acuerdo con los antecedentes del paciente.

Excepto tres casos con terreno escrofuloso, los demás han sido de naturaleza reumática, en los que el tratamiento salicilado, en poción que comienza con cinco gramos, se ha impuesto.

Evolucionan en el término de uno a dos meses y sólo he tenido dos casos de recidiva.

En tres casos en que el botón estuvo completamente al nivel del limbo, tuve la complicación de una queratitis esclerosante.

El tratamiento local: Atropina cada vez que la tensión ha sido igual o menor que la normal. Pilocarpina, en el mayor número de casos, pues es más frecuente la tensión aumentada. Compresas calientes, tres veces diarias, con una infusión de camomila. Protección del ojo contra el frío y las corrientes de aire por medio de un vendaje algodónado. Después de ocho días y siempre que la evolución ha sido favorable, reemplazo por anteojos ahumados. Reposo visual hasta la completa curación.

ESCLERITIS

Las escleritis se caracterizan por una inflamación de toda la membrana escleral, es esencialmente difusa y profunda.

Desde el punto de vista subjetivo, predomina el síntoma dolor ocular, con irradiaciones orbitarias; es un dolor espontáneo, que se exaspera por la presión y por los movimientos oculares; el más pequeño trabajo de acomodación aumenta su intensidad, por cuanto la inflamación interesa también la inserción de los músculos.

El enturbamiento de la visión es la regla y su intensidad varía con la ausencia o existencia de lesiones corneanas y coroidneas.

Desde el punto de vista objetivo, se anota una placa escleral violácea, mal limitada, de bordes confusos, algo edematizada, pero no saliente y que ocupa el cuarto superior, externo, inferior o muy rara vez el cuarto interno. La conjuntiva bulbar se presenta hiperémica, pero móvil.

En las escleritis es frecuente la evolución por procesos sucesivos, a veces de un día a otro; la inflamación va de proximidad en proximidad, en casos excepcionales, hasta alcanzar a casi todo el contorno de la córnea.

Quizás no pueda referirme completamente a mis escasas observaciones personales, cuento con ocho casos; pero por lo que esto pudiese significar para el porvenir de nuestra clínica, tomo especialmente en cuenta estos casos, para continuar hablando de la manera como evolucionan.

En un solo enfermo su escleritis, de origen blenorragico, presentó una tensión normal o quizás había una pequeña elevación apreciable puramente por el tonómetro; en el resto de observaciones encontré siempre hipertensión marcada a la palpación. Esta elevación de tonicidad modifica, por compresión, la disposición de las haces conjuntivos de la córnea, razón por la que, fuera de toda complicación, en estos enfermos se nota ya un enturbamiento de la visión.

Dos casos tuvieron como complicación irido-ciclitis, conjuntamente con una verdadera infiltración corneana. Es aquella complicación de la que nos habla el Profesor Lapersonne con el nombre de segmentitis anterior. Estos enfermos han quedado con el ojo muy irritable, pero hasta ahora no han vuelto con procesos inflamatorios profundos, pero sí en todos ellos la escleritis ha recidivado.

Talvez sea una buena suerte el que no haya tenido complicación coroidea más que en cuatro casos, es tan frecuente que muchos autores juzgan como un epifenómeno de las escleritis.

Entre el total de los ocho casos clínicos de escleritis, he tenido cinco que han recidivado, lo que prueba que es una afección con tendencias a reaparecer.

Como se ve, la escleritis ya por sus recidivas como por sus complicaciones es una enfermedad que altera profundamente la nutrición del ojo. Hasta su misma duración, más o menos dos meses, hace de la escleritis una enfermedad grave.

El diagnóstico de la enfermedad no es un problema y de la misma manera que en la escleritis botonosa, la dificultad estriba en conocer la verdadera etiología, elemento importantísimo para dirigir una terapéutica provechosa.

El tratamiento de esta forma clínica difusa, no difiere de aquel que se indicó para la escleritis botonosa.

Para concluir este artículo, relataré el caso de un enfermo afecto de escleritis profunda, porque juzgo a su etiología de alguna importancia.

M. P. Sexo masculino, 22 años, estudiante. Los antecedentes hereditarios no tienen importancia. Entre sus anamnésticos refiere un traumatismo sobre el ojo derecho (el ojo enfermo actualmente), traumatismo violento que sufrió hace ocho años, pero que según parece no le produjo sino una abundante equimosis subconjuntival. Anginas a repetición. Frecuentes y pasajeros dolores ambulantes al nivel de las articulaciones.

Antes de la enfermedad actual examiné su visión y entonces pude anotar en el ojo traumatizado una adherencia posterior ¿era anterior al traumatismo, fue consecutiva a él o fue posterior? — No me ha sido posible descubrir y pienso en que pudo talvez originarse por una iritis de forma tórpida, de aquellas que se presentan sin dolores y con solo una disminución de la agudeza visual.

Desde este examen conservo el resultado de la refracción: O. D.=cilíndrico—1.25 dioptrias. Eje a 15° , combinado con esférico—0.50 d. O. I.=cilíndrico—1.25 dioptrias. Eje a 165° .

En el momento actual llega el enfermo después de dos días de una hiperemia en el segmento inferior del ojo y habiendo pasado la víspera un insomnio motivado por dolor ocular derecho, con irradiaciones orbitaria y frontal, que se exageraba por los movimientos oculares.

Examen ocular. — Se nota un proceso inflamatorio en el segmento inferior y superior con una mancha violácea de límites imprecisos. Hay una inyección conjuntival. La palpación exagera el dolor y comprueba una tensión aumentada.

La agudeza visual está disminuída.

Diagnóstico: Escleritis.

Como el enfermo se queja de dolores al nivel de la garganta y sobre todo de una intensa sequedad faringo-amigdalina, examino y encuentro: Amígdalas palatinas voluminosas, especialmente la amígdala izquierda. Crípticas. Cubiertas de una secreción muco-purulenta. La rino-faringe igual que la faringe bucal tapizadas de una secreción mucosa y adherente. Hay una faringitis crónica, en un período tal que podría llamarse intermedio entre la hipertrofia y la atrofia; porque se nota la consistencia de adelgazamiento de la mucosa faríngea y la presencia de una que otra granulación.

El tratamiento intenso que sobre esta infección amigdalina-faríngea instituyo, desde el comienzo, con una mejoría paralela también de su inflamación ocular, me permiten afirmar que la etiología de la escleritis se encuentra al nivel de esta infección.

Además, con el mismo título que estos estados amigdalinos ocasionan reumatismos, nefritis, endocarditis, se puede pensar también en que originen inflamaciones esclerales.

Parece excusado el que detalle el tratamiento ocular en este caso —que excepto el etiológico— el local fue el mismo que en todos los demás: de acuerdo con la tensión aumentada, colirio de pilocarpina al 1%; baños oculares con suero fisiológico caliente; compresas tres veces diarias y protección del ojo contra las corrientes de aire. Reposo visual durante el período inflamatorio.