

PANOFTALMIA METASTATICA E INFECCION PUERPERAL

—
POR EL DR. ANTONIO F. ALONSO.

HEMOS sido solicitados recientemente con urgencia a prestar nuestros servicios profesionales en las circunstancias dramáticas siguientes:

Una distinguida dama de la Capital del Estado llega a Tampico en la 3ª semana del Puerperio, con dolores atroces en el ojo derecho que no le dejaban descansar de día ni de noche; temperaturas irregulares que descendían con frecuencia casi a la normal para elevarse al poco tiempo a 40 ó 40½ grados, calosfríos, sudores abundantes, decaimiento, estado general pésimo, en una palabra con todo el cuadro de un estado septicémico. Esta señora múltipara había tenido antes 7 hijos todos hoy vivientes, y sanos, habiendo sido atendida en varios de sus alumbramientos, inclusive el último reciente, por una mujer práctica.

Refiere la familia que todo se había realizado con facilidad hasta una semana después del parto en que empezó la paciente a sentirse con calentura, dolores articulares, y muy particularmente dolores en el ojo derecho, con enrojecimiento, hinchamiento de los párpados y pérdida de la visión.

Los ilustrados compañeros que solicitaron mi opinión en el caso, me manifestaron haber encontrado los órganos genitales de la paciente limpios, indoloros, sin loquios fétidos, ni escurrimiento alguno, por lo cual se limitaban, a propósito de tratamiento local, a lavados vaginales antisépticos a la paciente. Al examen ocular se apreciaban desde luego unos párpados enormes, rubicundos, duros, ojo exoftalme, inmóvil, tenso, altamente doloroso espontáneamente y a la presión, córnea ligeramente turbia, que permitía ver en la cámara anterior del ojo grumos móviles de aspecto purulento y hacia la periferia rodeando completamente el surco periquerático una faja purulenta color gris, bajo la forma de un absceso anular.

El fondo ocular estaba inalumbrable y la visión perdida.

Ante el terrible cuadro de esta panoftalmía metastática, manifestamos a los colegas que no solo el ojo estaba irremediablemente perdido necesitando, por otra parte, una intervención quirúrgica urgente, sino que el caso era muy grave para la paciente, pues además de poderse comprometer también el ojo izquierdo en la misma forma que el derecho, la vida de la enferma se encontraba en inminente peligro sino se desinfectaba, a nuestro juicio, el interior mismo de la matriz, no obstante la práctica no intervencionista intrauterina postpuerperal que actualmente se aconseja de un modo general por los tocólogos modernos.



Figura 1

Al día siguiente de haber visto a la paciente practicamos la resección de la córnea del ojo panoftalme, vaciando el pus intraocular e irrigando el interior con una solución antiséptica caliente. Como pasa siempre en casos semejantes, el alivio de los dolores fué inmediato y esa noche después de muchos días de no hacerlo, pudo la enferma descansar y dormir. El examen

microscópico del pus reveló la presencia de estreptococos y estafilococos. No practicamos la enucleación ocular preconizada por muchos oftalmólogos en estos casos, ni la clásica exenteración defendida por otros, por las razones que expondremos posteriormente.

Los días siguientes, sin embargo, el cuadro general era el mismo:

Las elevaciones bruscas e irregulares de la temperatura, los sudores, el estado general malo indicaban la continuación del estado septicémico. Todos los recursos aconsejados en estos casos se le proporcionaron a la paciente: Inyecciones de leche, de metales coloidales, de mercurocromo; inyecciones de sueros específicos estreptocócicos y polivalentes; hasta un



Figura 2

gran absceso de fijación no provocado, por la supuración de una inyección de quinina, vino a favorecer esta terapéutica.

Aunque nuestros servicios solicitados como oftalmólogo, parecían limitar nuestra acción a atender al ojo enfermo, nuestra conciencia de médico, nos indicaba la urgencia de atacar el punto de partida de la infección,

que no era otro sin duda que la matriz, así para evitar una doble oftalmía metastática, como salvar la vida misma de la enferma. Nuestra opinión fué atendida y participada por los distinguidos colegas que cuidaban a la paciente, habiéndosele aplicado lavados amplios intrauterinos de una solución caliente de permanganato de potasa dos veces al día. Desde el primer lavado el cuadro cambió por completo: la fiebre disminuyó y se regularizó; el estado general experimentó notable mejoría, al punto que después de algunos días de este tratamiento, entró la enferma en plena convalecencia terminando aquella situación amenazante y angustiosa.

El interesante caso anterior sugiere algunas consideraciones:

Los flemones intraoculares pueden ser de origen externo, traumático u operatorio, o de origen interno, metastático. Los primeros producen la pérdida de la función visual respetando casi siempre la vida; los segundos significan no sólo la pérdida de la visión, sino con frecuencia de la vida misma del enfermo.

Dejaremos las endoftalmias supuradas que pueden observarse consecutivamente a supuraciones de los aledaños del órgano visual; las de origen flebítico órbito-craneano verdaderamente excepcionales, pues la gravedad del proceso causal ocasiona la muerte casi siempre antes que producir la supuración intraocular, para ocuparnos de las oftalmías metastáticas u Hemospóricas como las propone llamar Dupuy—Dutemps, (1) cuya etimología de origen griego significa «Siembra en la sangre».

Este distinguido oftalmólogo divide en 3 categorías las infecciones generales que pueden dar origen a la endoftalmía supurada.

1ª—Las septicemias primitivas criptogénicas, en las que los gérmenes penetran directamente a través de las mucosas de la nariz, faringe, boca e intestino..

2ª—Las septicémias consecutivas a la generalización de una infección localizada (abscesos, diviesos, otitis, infecciones uretrales, uterinas infección puerperal).

3ª—Las septicemias secundarias en que la infección general es de naturaleza diferente a la infección primitiva, como la infección estreptocócica en la difteria; la estafilo-neumocócica en la tuberculosis pulmonar.

En el grupo de las infecciones generales agudas las lesiones intraoculares son debidas a la localización del microbio mismo de la enfermedad, o a bacterias secundarias, como se observa en las fiebres eruptivas.

En el grupo de las infecciones generales son particularmente la escar-

(1) Iridochoroidites au cours des infections aiguës, iridochoroidites par propagation; irido-choroidites Hemosporiques, Dr. Dupuy Dutemps—Annales D'oculistique, Juin 1922.

latina, el sarampión y muy particularmente la gripa las que producen con frecuencia complicaciones iridocoroideas, ya sea bajo la forma de una iridociclitis más o menos intensa, ya con todos los caracteres de una verdadera endoftalmía supurada.

Son los estreptococos, estafilococos, neumococos, neumobacilos, colibacilos, bacilo de Feiffer, etc., los causantes más frecuentes de las septicemias no específicas y la endoftalmía metastática supurada, la cual si interesa hasta las membranas oculares externas, merece el nombre de Panoftalmía.

Entre los gérmenes específicos capaces de originar una endoftalmía supurada podrían recordarse en primera línea el gonococo y el meningococo, aunque la iridocoroiditis como manifestación de una gonococcemia rara vez reviste los verdaderos caracteres de una iridocoroiditis supurada.

Dos son las formas principales que puede revestir.

La primera, atenuada, con ligero enrojecimiento ocular, dolores insignificantes, algunos exudados pupilares muchas veces, córnea transparente que permite ver el enturbiamiento del vítreo, pérdida rápida de la función visual que en 2 ó 3 días puede ser completa.

Otras veces el proceso es más lento aún, pudiendo seguirse con el oftalmoscopio la marcha de la infiltración localizada en la corioretina, cuyos exudados se extienden algunas veces hacia la parte anterior del ojo los cuales producen el desprendimiento y la desorganización cicatrizal de la membrana sensorial, proceso que da al ojo el aspecto llamado *Ojo de gato amaurotíco*, propio de los gliomas de la retina en los comienzos de su evolución. Este detalle es tanto más interesante cuanto que estos Pseudogliomas son frecuentes, en el niño, producidos por el meningococo.

No deberán confundirse estas formas lentas según Dupuy Dutemps con la retinitis séptica de Roth caracterizada por la aparición de pequeñas manchas blancas peripupilares, algunas veces hemorrágicas con vítreo transparente y sin reacción local, muy frecuentes en los estados septicémicos graves precediendo la muerte.

La segunda forma que reviste la endoftalmía supurada es la forma aguda con los caracteres impresionantes de un flegmón intraocular: Los párpados enormemente tensos, hinchados, enrojecidos, la conjuntiva quemótica, el ojo exoftalme e inmóvil, la córnea turbia, exudados purulentos en la cámara anterior y muchas bajo la forma de absceso anular, dolores intensos desde el principio, posteriormente intolerables y angustiosos.

La perforación en la Panoftalmía, puede tener lugar sin que la supuración haya llegado hasta la cámara anterior del ojo y su sitio de elección es el espacio comprendido entre el ecuador y el limbo esclerocorneal, nunca hacia la parte posterior del órgano.

Las observaciones anatomoclínicas y experimentales han demostrado que las lesiones de esta terrible complicación ocular son debidas a la localización de las bacterias mismas en el órgano visual, no a la acción de los solos venenos o toxinas microbianas. Es la localización de una bacteriemia, de la que la pioemia no es sino una variedad producida por los microbios piógenos.

¿Porqué y cómo llegan en la oftalmía metastática los gérmenes hasta el órgano visual? Asunto es éste que se relaciona con uno de los grandes procesos más discutidos de la Patología General.

Fué Van Swieten el primero que señaló el mecanismo de la embolia haciendo de ello un estudio completo; pero es hasta los trabajos de Virchow a mediados del pasado siglo que este proceso tomó posesión de la conciencia médica.

La concepción primitiva era la de la obstrucción brusca de un vaso por un cuerpo extraño caminando en el sistema circulatorio. Este concepto se modificó posteriormente pues hay cuerpos extraños tan pequeños que no pueden obstruir siquiera un capilar y su detención sería debido a una especie de adherencia molecular a la manera de las bacterias en un filtro de porcelana. Efectivamente: una embolia de ciertas dimensiones arrastrada por la circulación venosa periférica antes que seguir adelante tendría que detenerse en los capilares del pulmón: son las embolias llamadas paradoxales para cuyo mecanismo se han invocado explicaciones múltiples.

Se ha supuesto que las arterias y venas pulmonares comunican por medio de canales más anchos que los capilares, capaces de ser recorridos por los cuerpos extraños. Se ha pensado que la embolia muy pequeña al principio para los capilares del pulmón se acrecentaría posteriormente por acumulación de fibrina, por el mecanismo de la bola de nieve. Se ha invocado la persistencia del agujero de Botal que según Zahan tendría lugar en el 5º de los individuos normales. Se ha admitido que una partícula séptica pútrida partida del endocardio durante el curso de una endocarditis infecciosa podría ser el origen de las manifestaciones metastáticas.

El problema es pues de resolución alta y compleja.

Indudablemente bacterias penetran en el torrente circulatorio y llegan a tejidos y órganos a través del sistema arterial; pero su detención aquí o allá no esta demostrado sea por simple mecanismo embólico y obstrucción vascular. Las obstrucciones embólicas de los vasos por aglomeraciones considerables de bacterias parecen tener un carácter agónico o post-mortem. En los ojos enucleados en los periodos recientes de la Panoftalmía, examinados cuidadosamente, no se han encontrado obstrucciones vasculares por embolias microbianas. Hay enfermedades por otra parte, como las ocasionadas por el bacilo de Eberth o los bacilos paratíficos los

cuales pululan en la sangre y es excepcional sin embargo que se localizen en el órgano visual.

Parece pues haber una acción electiva de los tejidos atacados por las bacterias según la naturaleza de éstas y aquellos, su adaptación, las modificaciones tisulares etc. Como lo hace observar Dupuy-Dutemps, «El ataque de ciertos capilares por ciertos microbios, después de haber atravesado el endotelio triunfando de sus defensas fagocitarias para invadir los tejidos mismos, es un fenómeno biológico en el cual no interviene el calibre del vaso, sino que depende de la calidad del agente infeccioso y del estado de resistencia de los tejidos vecinos, cuyas condiciones y modalidades son desconocidas».

La explicación científica del fenómeno es sin duda del campo de la físico-química biológica que nos da cuenta de la invasión microbiana muchas veces simultánea de las membranas endoculares o de la retina desde luego, según lo han demostrado las observaciones de Axenfeld y otros observadores, antes que de la iridociliar conceptuada como la primera en sufrir la invasión bacteriana, membranas unidas todas entre si por una solidaridad de quimismo y de función.

El *Pronóstico*, de la endoftalmia purulenta metastática cualquiera que sea la forma que revista, es fatal para la visión.

Una atrofia más o menos completa del órgano, frecuentemente una verdadera tisis del globo ocular es casi siempre su irremediable consecuencia. Pero contrariamente a las atrofias oculares producidas por lesiones externas del ojo, muy particularmente traumáticas, estos ojos, son en general sin peligros ulteriores simpáticos para el ojo sano.

Por lo que respeta al valor semeiológico de estas complicaciones oculares en relación con la vida misma del paciente, su significación pronóstica es grave muy particularmente cuando la endoftalmía supurada interesa los dos ojos, pues muchos autores la conceptúan en estos casos fatal para la existencia.

El *Tratamiento* de esta terrible complicación ocular en sus formas atenuadas, frías, indoloras, será fundamentalmente la terapéutica de la infección general que le ha dado origen.

En las formas violentas, agudas, panoftálmicas, altamente dolorosas y amenazantes por si mismas de complicaciones serias, la intervención quirúrgica inmediata del oftalmólogo se impone. Muchos autores y de los más eminentes aconsejan la enucleación inmediata del órgano supurado; otros la rechazan por peligrosa y preconizan la exenteración del ojo, que otra parte, tampoco es inocente, y la conservación de un muñón en mejores condiciones para la prótesis.

Dupuy-Dutemps establece la fórmula siguiente: «Enuclear si la concha ocular está intacta; eviscerar si está perforada».

Nosotros pensamos que el vaciamiento del órgano por medio de una resección de la córnea o su sección en forma de amplio colgajo a la manera de Poulard, la irrigación aséptica del vítreo, si acaso algún vaciamiento superficial, deja un tejido cicatrizal en el interior del ojo, que da al muñón un volúmen menos reducido y en ménos defectuosas condiciones para la prótesis que la clásica exenteración ocular. Es la conducta que hemos seguido en varios casos de panoftalmía y en el actual con resultados enteramente satisfactorios, puesto que las membranas internas están destruidas por la supuración.

El caso que ha hecho el objeto de estas líneas, una vez más nos enseña que la Oftalmología que tanto ha ilustrado a la medicina, no es más que una rama de la Patología General, y que contrariamente a los que piensan con el estrecho criterio de la especialización a ultranza, antes que oftalmologista se necesite ser médico.

Una indicación neta y urgente de la intervención directa sobre la matriz debería figurar en todos los tratados de obstetricia y podría servir como resumen de este corto trabajo:

«El desarrollo de una Panoftalmía metastática durante el curso de infección Puerperal».

Comentarios que se hicieron al anterior trabajo durante la sesión del día 15 de mayo de 1929.

El Doctor Vélez, felicita al Doctor Alonso, por su trabajo, que encuentra muy interesante, por señalar una relación con las enfermedades de la matriz; y se limita a insistir en la operación, que a su juicio debe practicarse de distinto modo, pues no queda tranquilo respecto a la forma de quitar simplemente las partes más afectadas, dejando las membranas y la retina, sino que prefiere la exenteración, que es más completa, más quirúrgica y que quita toda la parte infectada. No sólo se hace la raspa con cucharilla cortante, dice el Doctor Vélez, sino que también puede emplearse el termo-cauterio, tal como lo hace Lapersonne, pero de todas maneras, aunque se tenga cucharilla, siempre se usa alguna sustancia antiséptica, tal como el cloruro de zinc, que él recomienda con muchísimo empeño. Refiere que todos los grandes autores, están conformes en no practicar la enucleación del ojo, en casos como el que relata el Doctor Alonso, porque no conviene en esas condiciones abrir mayor número de

vasos y nuevas puertas a la infección, pues que no se debe olvidar, que la vaina del nervio óptico conduce directamente al cerebro, y que la infección transmitida por esta vía, podría ser causa de una meningitis.

El Doctor Torres Estrada, felicita igualmente al Señor Doctor Alonso, por el mérito de su trabajo, y dice: que él ha podido observar las supuraciones de las membranas de los ojos, en infecciones, no solamente puerperales, sino también en la Influenza. Por lo que respecta al punto tocado por el Doctor Vélez, debe decir, que la enucleación es peligrosa en muchos casos, y a ese respecto, recuerda el caso de un niño operado hace diez años, que tenía un cuerpo extraño en el ojo. No había manifestaciones inflamatorias muy intensas, y al hacer la autopsia del ojo, se encontró un pequeñísimo absceso en el vítreo, no sería mayor que una lenteja, y sin embargo, el niño murió de meningitis. Este es a su juicio el peligro más grande, y cree que por tanto, debe preferirse el vaciamiento del ojo. Dice que el dejar las membranas tienen grandes peligros, y aclara la participación de las influencias llamadas simpáticas que están enteramente probadas, por lo que en su concepto, el mayor peligro será dejar algo de úvea en el ojo.

Al Doctor Bermúdez, le llama la atención que se usará el permanganato de potasio en el caso de que se trata, pues para él es un antiséptico de muy escasa fuerza, para los estreptococos, y le parece que habiéndose identificado el gérmen, se podía haber usado mejor el sulfato de cobre, la clorena, la clorazena, o también haberse recurrido a la vacuna, porque la solución de permanganato, es de resultados muy dudosos, y empleada en concentración, resulta hasta cáustica.

El Doctor Troconis, une sus felicitaciones a todas las que se le han dirigido al Doctor Alonso, con motivo de su trabajo, pero desea manifestar su extrañeza, en lo que toca al origen del padecimiento, pues, él sostiene, que puede tratarse simplemente de una coincidencia, y piensa con el Doctor Bermúdez, que una infección puerperal, que cede a los quince días por lavados de permanganato de potasio, es muy rara, en cuanto al tratamiento y al éxito obtenido porque para una lesión como esa, se requiere una verdadera metritis.

Habla el Presidente, y como los demás académicos, empieza felicitando calurosamente al Doctor Alonso, por lo bien conducido de su estudio y explica, que indudablemente el caso es un poco excepcional, pero no tan extraordinariamente raro, como se le supone; pues, él recuerda entre otros, el de una señora jóven, que curó hace algún tiempo, y que había tenido su parto complicado de una infección puerperal y panoftalmía, siendo llevado su tratamiento a feliz término, aunque con muchas dificultades. Lo interesante en el trabajo de que se trata, sigue diciendo el Doc-

tor Silva, es que manifiesta cómo existe cierto grado de atracción en el ojo. Yo recuerdo otro caso, del que hablé en el Congreso de Monterrey: tratábase de una enferma a quien le pude diagnosticar un cisticerco libre del vítreo, el cual podía verse perfectamente. El caso era muy grave, porque cualquier cambio de posición podía ser muy peligroso, y le dije: «Si Ud. quiere se opera, pero es una intervención sumamente difícil», y como estaba con un embarazo de cuatro meses, preferí aplazar la operación. Pasado algún tiempo, me volvió a ver esta señora, pues había tenido una infección en el puerperio, con fiebre alta y escalofrío, y repentinamente, como a los ocho días del principio de la infección, tuvo un dolor terrible en el ojo, y era, que el cisticerco se había muerto; no había supuración; por lo demás, yo, si opino, que hay cierto grado de predilección en estas afecciones del ojo, y pienso como el Doctor Vélez, que en los casos agudos, cuando se trata de una panoftalmía, lo mejor es proceder a la manera de Lapersonne, que emplea el termocauterio, hace la excisión completa, quema los cuatro segmentos que restan, y deja todo limpio. Cuando hay peligro de que la supuración se propague directamente a la órbita, yo empleo el procedimiento de la gaza, y creo, que en estos casos, la enucleación sería muy peligrosa. La enseñanza que sacamos del trabajo del Señor Doctor Alonso, es de todos puntos muy interesante, porque con la aparición de fenómenos inflamatorios en un caso como ese, ya no se trataba simplemente de que peligrara el ojo, sino también la vida.

El Doctor Villarreal, dice: que como el Doctor Troconis, quiere insistir sobre el punto de la infección puerperal, que con un tratamiento de dilataciones uterinas y lavados, se obtuvo éxito; pues a las tres semanas época en que intervinieron, ya la matriz no está aumentada de volumen, y por lo mismo, los lavados de permanganato, tienen muy poca acción. El efecto del permanganato, como antiséptico, no es del todo despreciable; antes tratábamos las infecciones con lavados de permanganato, y se obtenían buenos resultados. Además, como en todos los asuntos médicos y quirúrgicos, muchas veces se atribuye inmerecidamente el éxito a un antiséptico, pero lo cierto es que en muchos casos, el permanganato da buenos resultados. En ocasiones las enfermas perecen, no obstante que se les hagan la extirpación de la matriz y los anexos.

El Doctor López, dice que el permanganato de potasio, es un oxidante, que impide la reproducción de los gérmenes, y a su juicio, sí puede ser útil en cavidades como la matriz, y su modo de obrar puede considerarse muy seriamente al lado de los productos clorados.

El Doctor Alonso, vuelve a hacer uso de la palabra, dando las gracias por los elogios que se han servido tributarle, y refiriéndose a lo manifestado por los Doctores Vélez y Torres Estrada, expresa que en la