

EL CHANCRO SIFILITICO DEL OJO

por el Dr. Ricardo E. Cicero

Recientemente tuve ocasión de observar a una criatura de 11 meses afectada de eczema impetiginizado del cuero cabelludo extendido a la cara, en el cual, habiéndose desprendido una costra que cubría el párpado inferior izquierdo, estaba a descubierto una exulceración de aspecto chancriforme.

Esto me hizo recordar que hace algún tiempo la Sociedad Oftalmológica Mexicana me hizo el honor de invitarme para dar una conferencia sobre las relaciones entre la Dermatología y la Oftalmología y entre los temas que entonces traté me acupé naturalmente del chancro del ojo, asunto de interés no sólo para el dermatólogo, el sifilógrafo y el oftalmólogo sino para el médico general, principalmente ahora en que la noción del papel etiológico de la sífilis en el vasto campo de la patología y la no menos importante de su origen extra-venéreo en muchos casos son ya corrientes e importa por tanto en la práctica tenerlas muy en cuenta.

Por esto me ha parecido oportuno cubrir hoy mi turno de lectura en la Academia con este tema.

Para desarrollarlo, dos son casi las únicas fuentes a que se puede acudir: "**Syphillis in the Innocent**" de Duncan Bulkley y "**Les chancres' extra-génitiaux**" de A. Fournier y algunas observaciones y considerandos sueltos en los periódicos de especialidades; pues en las obras de conjunto se hace cuando mucho una ligera mención.

Las obras clásicas que he citado datan de 1894 la primera y la segunda de 1897 y son muy poco conocidas no obstante su enorme importancia y documentación.

Según Grandclément, de Lyon, la observación más antigua conocida fue publicada por Janier, de Lyon, en 1771. No fue sino hasta 1850 cuando Ricord publicó la primera descripción punto de partida de las que posteriormente lo han sido; pues la muy antigua de Janier seguramente había pasado desapercibida.

No es ciertamente frecuente esta localización del chancro. En una

estadística antigua Zeissl lo encontró en proporción de 1 para 20,000 de cualquier otro sitio. En 1890 Fortunides señala la de 1 para 500. Fournier en su estadística personal (de su clientela y del hospital) encontró 21 entre 1,123 extragenitales y 10,000 de total de chancros, lo que viene correspondiendo a 1 por 477 del total y 1 para 53 de los extragenitales. La estadística de Duncan Fulkley que comprende 9,058 casos de los extragenitales observados en todo el mundo civilizado señala 307 de localización ocular lo que da 1 por 27. De sus observaciones personales que comprenden 113 casos hay 4 de chancros oculares, proporción (1 a 28) casi igual a la de la estadística mundial.

En resumen, aunque no frecuentes no pueden considerarse extremadamente raros los casos, sin contar con que en las estadísticas faltan ineludiblemente los no diagnosticados y los no publicados. Hay que tener además en cuenta que por razón de su localización y la muy común ignorancia de los pacientes respecto a su mal es al oftalmólogo y no al sifilógrafo a quien consultan y fácilmente escapará a la perspicacia de aquel el pensar que se trate de la lesión inicial de la sífilis a menos de algún motivo especial que oriente su espíritu en esa dirección. Deben además estar publicados en los periódicos de oftalmología casos que pueden pasar inadvertidos a las investigaciones bibliográficas de los sifilógrafos.

A los casos de las estadísticas de Duncan Bulkley y de Fournier hay que añadir otros 87 que de 1894 a la fecha he encontrado publicados o con referencias en los "**Annales de Dermatología et de Syphiligraphie**" y en los "**Archives of Dermatology and Syphilology**". La observación más reciente es la de un caso presentado por Bedtin, Chistin y Lesenne en sesión de 9 de febrero del año en curso a la Sociedad Francesa de Dermatología y Sifilografía en París.

Para su estudio los divide Fournier según su localización en chancros palpebrales, del borde ciliar y de la conjuntiva, mencionando además en una nota que de la córnea solamente un caso ha sido publicado por Eduardo Binet, caso que considera dudoso por lagunas en la descripción. Se concibe sin embargo que algún día llegue a observarse y publicarse algún caso de esta localización, que experimentalmente por otra parte es la que se determina habitualmente en el conejo mientras que en los antropoides ha sido preferentemente el párpado superior la región escogida, teniendo por tanto el chancre ocular importancia de primer orden en la sífilis experimental, mayor que en la humana.

Los más frecuentes han sido los del borde ciliar, los que por de contado no se limitan a él sino que ocupan en extensión variable ade-

más las caras cutánea y conjuntival del párpado, habiendo observado Ravaut y Thibierge en las inoculaciones al mono que se extiende más fácilmente a la cara mucosa que a la cutánea.

El párpado inferior es afectado más a menudo que el superior en proporción de 43 a 33 en la estadística de Fortuniades y las comisuras menos que el borde y de ellas la interna más que la externa en proporción de 22 a 11.

Los 87 casos que he podido recoger se distribuyen así:

Angulo interno.....	8	"
Párpados.....	40	casos
Conjuntiva.....	37	"
No indicado.....	2	"
Total.....	87	"

Generalmente es único el chancro ocular; raro es que se le haya visto doble y excepcional que se le haya visto coincidir con otros simultáneos en diferentes sitios (pene, cuello, seno y rostro).

ETIOLOGIA.—Es más común en el hombre que en la mujer. Ha sido observado en todas las edades. Es relativamente común en los médicos y muy especialmente en los oto-rino-laringólogos. A este respecto nada menos una de las observaciones más recientes, la de Louste y Thibaut, de julio de 1929, concierne a un oto-rino-lanrigologista, y con motivo del caso de chancro de la cara interna del párpado superior publicado en febrero de este año, el propio Louste refiere haber tenido otros dos casos más en oto-rino-laringologistas, Basch en otro y recuerda además un caso del mismo orden de Clément-Simon.

Numerosos son los casos en que no ha sido posible averiguar la causa ni el modo de contagio, lo que no es extraño, dado que actos comunes, vulgares, como lo vamos a ver, han sido la causa en los casos conocidos y como por otra parte el período de incubación es largo (recordemos que es por término medio de 3 semanas) muy fácil es que el enfermo haya olvidado ese acto o no le crea de ninguna importancia en relación con su mal, relación que por lo demás ha pasado también con frecuencia ignorada o no tenida en cuenta por el médico no prevenido.

En los casos en que ha sido posible determinar el modo de contagio se ha podido averiguar que ha sido ya directo, ya indirecto, ya mediato.

Como medio de contagio directo habrá que citar en primer lugar el beso aunque sea inocente, como el de un estudiante que besó a su

novia en un ojo; pero teniendo él desgraciadamente placas mucosas en la boca; como el de una tía que cariñosamente besó a un sobrinito de 8 meses. Otro medio de contagio directo es por escupitinas, siendo éste el modo como son contagiados los médicos al hacer exploraciones o cauterizaciones en la garganta de pacientes sifilíticos. Por mordedura ha sido publicado también algún caso de contagio y la succión lo fue por ejemplo en un boxeador que recibió fortísimo golpe en un ojo y a quien su querida que con intención de evacuar el derrame sanguíneo le picó el párpado y chupó la sangre que pudo; desgraciadamente estaba con placas mucosas en ese momento y en el lugar de la succión se desarrolló el chancro a su debido tiempo.

Existe en varios países incultos, y principalmente en poblaciones pequeñas de Rusia, la costumbre de acudir a hechiceras para extraer los cuerpos extraños o dizque curar el tracoma, para lo cual hacen uso de la lengua invirtiendo los párpados y lamiéndolos. Relativamente numerosos han sido los chancros oculares obtenidos por ese sucio medio.

En la estadística rusa de Rossow citada en el número de abril de 1927 de los **"Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie"** figuran en la enorme proporción de 18 para un total de 49 de chancros del ojo.

En esa misma estadística figura un caso por proyección de líquido amniótico.

Por último, y por increíble que parezca, ha habido casos auténticos de contaminación inmundita por contacto directo de los órganos genitales.

El contagio indirecto se efectúa por medio de los dedos. Ese fue el mecanismo en el caso de Ricord: su cliente se había frotado los ojos después de tocar las partes genitales de una mujer. Fournier cita 2 casos de médicos en que el chancro fué adquirido por haberse frotado descuidadamente los ojos con los dedos después de haber manipulado lesiones sifilíticas.

Con respecto al contagio mediato se han dado casos en que los agentes vectores han sido esponjas, toallas, compresas, trapos sucios, guantes, gemelos de teatro, cigarro que fue empleado quitándolo de la boca para extraer un cuerpo extraño del ojo. Por increíble que parezca se ha dado el caso de transmisión por instrumento quirúrgico. Moes, citado por Bulley, refiere el caso de un chancro consecutivo a la incisión de un orzuelo.

SINTOMATOLOGIA.—Casi nunca se observa el principio del chancro. En los párpados dicen los enfermos que les ha principiado por un grano que pronto se ha cubierto de una costra. En la conjuntiva

les pasa habitualmente desapercibido el modo de principio. Las insculaciones a los animales han mostrado que principia como el chancro de cualquier otra región por una mancha eritematosa redonda u oval, de dimensiones variables y sin caracteres propios que la puedan identificar en los 3 primeros días. Pronto se excorúa, se cubre de una costra y va adquiriendo sus caracteres propios.

En el período de estado los caracteres varían según que el chancro se presente en los párpados, en el borde ciliar o en la conjuntiva.

El palpebral tiene idénticos caracteres al cutáneo de cualquier otro sitio, costroso o simplemente erosivo; pero con su dureza característica, papirácea o apergamizada de preferencia.

El del borde ciliar da de pronto la impresión de un neoplasma, de un tumor del párpado. A menudo se presenta en la base de las pestañas con la apariencia de un grano acneico y costroso. Es un neoplasma erosivo y duro. Pocos chancros hay tan duros como éste. En general se extiende más del lado de la piel que del de la mucosa. Su color es rojo vinoso o de carne. Si está cubierto por costra, se extiende ésta del lado cutáneo y no del mucoso en donde presenta carácter solamente erosivo. En resumen neoplasia bien circunscrita, de superficie tersa y roja; dureza muy acentuada. Se concibe que sea fácilmente desconocido y que oftalmólogos competentes, hayan cometido errores de diagnóstico sin pensar en la naturaleza real del mal. La adenopatía satélite constante y con los caracteres que más adelante van a describirse debe ser buscada siempre y es decisiva en la clínica.

El chancro conjuntival existe de preferencia en el ángulo interno; es menos común en el ángulo externo y mucho menos en la conjuntiva propiamente dicha y más se le ha observado en la palpebral que en la bulbar.

En el ángulo mayor sus caracteres son análogos a los que tiene en el borde ciliar. Casi siempre se circunscribe a uno de los puntos lagrimales y su contorno, de preferencia en el inferior. Algunas veces afecta la forma en herradura. Más raro es que se extienda a la carúncula y al pliegue semilunar.

El del ángulo menor afecta la forma de compás.

El conjuntival tiene los caracteres de todos los chancros de superficies mucosas planas. Para percibirlo es menester voltear los párpados y aparece entonces su superficie roja de carne o difterioide. La dureza se percibe fácilmente a través del párpado aun sin invertirlo.

Aunque alguna que otra vez el chancro ocular, particularmente

en sus localizaciones cutáneas ha revestido el tipo ulceroso nunca se le ha visto fagedenizarse.

Los trastornos funcionales son nulos o casi nulos en las localizaciones cutáneas. Cuando la conjuntiva es la afectada se presentan los signos de la conjuntivitis: ardores, lagrimeo.

Como complicaciones se han visto infecciones secundarias sépticas en la piel en los cutáneos; en los conjuntivales conjuntivitis a veces muy intensas con quemosis, edema palpebral; a ocasiones queratitis e iritis.

La adenaptía satélite, constante como en todo chancro sifilítico, interesa preferentemente al ganglio preauricular y a los parotídeos. Para los del ángulo interno son los ganglios submaxilares los interesados. En varias observaciones se ha señalado que además de los ganglios en que desembocan directamente los linfáticos oculares estaban infartados los suprahioides, situados delante del esternomastoideo y hasta los del hueco supraclavicular, lo que se explica por las múltiples anastomosis linfáticas.

DIAGNOSTICO.—Es en general fácil por la simple exploración directa con sólo pensar en él y el examen del exudado en el ultra microscopio y la reacción de Wasserman lo completarán si se juzga necesario. Cualquier costra circunscrita y reciente en el párpado debe, según Fournier, hacer pensar en el chancro. El diagnóstico diferencial habrá de hacerse principalmente con el epiteloma y el lupus; pero es en realidad fácil, teniendo en cuenta principalmente la evolución aguda y hasta sobreaguda a veces del chancro.

El chancro conjuntival está frecuentemente oculto por sus complicaciones; imponiéndose a la atención la blefaro-conjuntivitis intensa el chancro puede pasar fácilmente desapercibido. Por esto debe buscarse siempre la adenopatía satélite y acudir a la menor sospecha a una exploración cuidadosa de la dureza del chancro en particular y aun al laboratorio sin esperar a que la sorpresa de la aparición de los signos de explosión de accidentes secundarios de la sífilis venga a fijar el diagnóstico, como sucedió en el caso de Louste publicado en 1929, caso en el que desgraciadamente se trató nada menos que de chancro profesional en un oto-laringologista en quien la lesión había principiado el 20 de mayo y no fue sino hasta el 30 de junio en que fue a consultar a los autores por una erupción que le había aparecido y que resultó ser la roseola con lo que no habiéndose encontrado otra puerta de entrada y comprobado la existencia de la adenopatía preauricular, el Wassermann

y el Hech fuertemente positivos y esplenomegalia notable, se acabó de confirmar plenamente el diagnóstico.

El diagnóstico diferencial con los otros padecimientos de la conjuntiva es fácil y solamente el chancro difterioide pudiera ser tomado por difteria conjuntival; pero aparte de que las falsas membranas de la difteria son más gruesas y más extensas que el exudado difterioide del chancro, que aquella se acompaña de ulceraciones de la córnea, que no existe la dureza característica del chancro, que el infarto ganglionar es francamente inflamatorio, que hay fenómenos generales y que es más común en el niño que en el adulto, la investigación microscópica mostrando en un caso el bacilo de Loeffler y en el otro las espiroquetas zanjaría definitivamente el diagnóstico.

EVOLUCION, PRONOSTICO Y TRATAMIENTO.—La evolución es la misma que la del chancro de cualquier otro sitio. Dura comúnmente de 5 a 7 semanas y a veces más. En un caso de Dubarry duró 3 meses. El tratamiento oportuno con el neosalvarsán abrevia muy considerablemente su duración. La terminación es casi siempre por la **restitutio ad integrum**. A veces queda como consecuencia alopecia ciliar parcial, o una ligera muesca en el borde palpebral, o ligero ectropión, o desviación de los puntos lagrimales. Excepcionalmente se ha producido obliteración de las vías lagrimales o destrucción completa de la carúncula. Si el chancro conjuntival se ha desarrollado en el fondo de saco e interesado por lo mismo a la vez la conjuntiva bulbar y la palpebral pueden producirse adherencias. El tratamiento local debe ser lo más sencillo posible; reduciéndose a mantener estado aséptico protegiendo el ojo contra toda acción irritante, evitando sobre todo las cauterizaciones, que ni ejercen efecto local favorable ni detienen la infección general. En cambio tan pronto como se ha hecho el diagnóstico debe instituirse el tratamiento general antisifilítico clásico por el neosalvarsán.

México, mayo 31 de 1933

R. E. CICERO