

COMENTARIO OFICIAL

DR. JOSÉ ANTONIO QUIROZ¹

EN LAS afecciones de la órbita la exoftalmia unilateral, en su etapa inicial, adquiere importancia clínica muy particular, ya que del conocimiento del factor determinante de su aparición derivará el tratamiento y se fundarán las bases para el pronóstico, tanto para la función ocular, como para la vida del enfermo.

Estando la cavidad orbitaria totalmente delimitada por estructuras óseas, con excepción de su porción anterior, cualquier aumento en el volumen de su contenido se traducirá por protrusión o exoftalmia. Así, cualquier proceso, inflamatorio, pseudo-tumoral o tumoral, de acuerdo con su volumen se manifestará por la presencia de exoftalmia. El aumento del contenido orbitario, independientemente de su naturaleza, puede ser seguido de un cortejo sintomático de difícil semiología, constituido por edema palpebral, limitación de la motilidad, disminución o cambios de la agudeza visual y alteraciones oftalmoscópicas, que no caracterizan ninguna afección en particular. Lo anterior nos indica la importancia del trabajo que acabamos de escuchar. El Dr. Silva hace una revisión minuciosa de los diferentes datos oculares obtenidos en la exploración orbitaria y trata con ellos de llegar al diagnóstico diferencial de la exoftalmia unilateral endocrina con otras afecciones orbitarias que pudieran ser motivo de confusión.

Es indudable que la causa más frecuente de exoftalmia unilateral es la oftalmopatía endocrina. En una serie de 230 enfermos estudiados por Reese (1963), 28 casos correspondieron a este tipo de exoftalmia. En comparación Pfeifer en 1943, encuentra que el mucocele tenía la mayor frecuencia, 18 casos en un lote de 200. La disminución en la frecuencia del mucocele, es atribuida al uso de antibióticos en las décadas pasadas.

La exoftalmia endocrina es frecuentemente bilateral, aunque de aparición no simultánea y frecuentemente asimétrica, es decir, el gra-

do de exoftalmia varía de un ojo al otro. Sin embargo, no es raro que la aparición del exoftalmos unilateral preceda al del lado opuesto por meses y aun por años, lo que da lugar a error diagnóstico. En un lote revisado por nosotros, se encontraron 5 exoftalmias unilaterales en una serie de 150 casos; la asimetría fue posible demostrarla en 30% de ellos. Tres de los casos unilaterales se hicieron bilaterales en el término de un año y medio, para el de aparición más tardía.

Como ha sido expuesto, el exoftalmos endocrino se presenta como un espectro clínico en el cual existen dos extremos clínicamente característicos, de acuerdo con el concepto de Mulvany, que sigue siendo de utilidad clínica. Por un lado está la llamada exoftalmia tirotóxica, que desde el punto de vista ocular está constituida por la presencia de los signos del síndrome óculo-simpático de excitación, en el cual las asinergias óculo-faciales son fácilmente demostrables. En este tipo de exoftalmia no es necesaria la existencia de protrusión verdadera. El estudio clínico general permite el diagnóstico de tirotoxicosis responsable del cuadro ocular. En el otro extremo, Mulvany coloca la llamada exoftalmia tirotrópica, al atribuir a una sustancia elaborada por el lóbulo anterior de la hipófisis el factor determinante de la alteración orbitaria. En esta variedad no es indispensable la existencia de síndrome óculo-simpático de excitación, que caracteriza al primer grupo; cursa con función tiroidea normal o moderado hipertiroidismo y no es raro encontrar hipotiroidismo, sobre todo en casos que han recibido tratamiento excesivo con drogas antitiroideas o con yodo radiactivo. En estos casos la protrusión es acentuada y el aumento del volumen del contenido de la cavidad se traduce por edema palpebral mecánico e inflamatorio, parálisis oculomotoras, lo que le ha dado el nombre de exoftalmia oftalmopléjica o infiltrativa. La disminución de la agudeza visual, los cambios oftalmoscópicos y el aumento de la

¹ Académico numerario. Hospital de Enfermedades de la Nutrición.

tensión corneana y sus consecuencias afortunadamente no son frecuentes.

La parte media del espectro clínico oftalmológico corresponde a los casos más frecuentemente observables en la clínica y el cuadro ocular está constituido por la combinación del exoftalmos tirotóxico y del tirotrópico. El predominio de los elementos constitutivos del último tipo, ha dado lugar a denominar la afección ocular como infiltrativa. El estudio clínico general permite encontrar los datos para calificar el cuadro como enfermedad de Graves-Basedow. Es en el llamado exoftalmos tirotrópico en sus etapas iniciales y en el caso de ser unilateral que se presentan dificultades, frecuentemente infranqueables.

En su etapa inicial es imposible encontrar signos que permitan diferenciar la exoftalmía unilateral de otros padecimientos orbitarios. Pero también en esta etapa, cuando la exoftalmía es muy moderada, el compromiso para la función ocular es mínimo y su falta de gravedad permite estudios subsiguientes minuciosos que ayuden a descartar alguna lesión neoplásica.

Son los casos unilaterales avanzados de exoftalmía tirotrópica los que presentan mayores dificultades. La detallada descripción que hace el autor de algunos signos que pudieran encaminar al clínico a sospechar la existencia de oftalmopatía endócrina, desgraciadamente en algunos casos no son constantes ni exclusivos de un padecimiento orbitario en particular, lo que les resta valor clínico específico. Insisto en la importancia que tienen tales signos para el oculista y el médico general, como se recalca en el trabajo. Es importante hacer notar que un estudio clínico general exhaustivo nos pondrá en acecho de lesiones orbitarias ocupativas secundarias, de diversa naturaleza. Son los tumores vasculares en su etapa inicial, los granulomas inespecíficos y las miositis crónicas idiopáticas orbitarias, estas últimas identificadas por algunos autores como exoftalmía endócrina, los que constituyen un problema clínico, a pesar de haberse intentado el diagnóstico diferencial con los recursos de gabinete más especializados. Hay que recordar los casos de pseudo-tumor inflama-

torio, señalados por Walsh, que al ser intervenidos demostraron infiltración muscular por oftalmopatía endócrina y los 3 casos de Francois, referidos por Zimmerman, en los cuales se llevó a cabo exenteración orbitaria innecesaria. Sigue siendo la biopsia en los casos dudosos, el procedimiento indispensable previo a una intervención radical.

Una prueba que es necesario tener en mente, y que en un futuro no lejano puede ser de rutina, es la investigación del factor inhibidor del exoftalmos, encontrado en el suero humano normal y confirmado por Dav y colaboradores en 1960. Esta prueba consiste en la inyección al cobayo de hormona tireotrópica de extracto crudo de pituitaria anterior de res o de extracto pituitario luteinizante de carnero, lo que determina la aparición de exoftalmía. La adición de suero humano normal a estos extractos, hace que el efecto exoftalmogénico se vea notablemente reducido, en tanto que cuando estos extractos son disueltos en el suero de pacientes con alteraciones oculares activas, del tipo de la oftalmopatía tireotrópica, la acción de la sustancia productora del exoftalmos vuelve a ser evidente. La explicación más sugestiva para este efecto inhibitorio es que la alfa-globulina del suero normal se combina con la sustancia exoftalmogénica, inactivándola, mientras que, probablemente la hormona exoftalmogénica anormal no puede combinarse con la globulina.

El trabajo presentado por el Dr. Silva ofrece interés muy particular en la oftalmología y en la medicina general, ya que el método de diagnóstico y de manejo del exoftalmos unilateral endócrino así como la investigación del factor determinante de su producción, contribuyen al esclarecimiento de las muchas incógnitas de este problema.

Es de esperarse que en futuras contribuciones, el Dr. Silva nos brinde la oportunidad de ampliar otros aspectos de la patología orbitaria, en la cual se ha significado por sus conocimientos.

Me ha sido grato comentar el trabajo de ingreso del Dr. Daniel Silva, cuya capacidad y entusiasmo, ampliamente demostrados a través de su ejercicio profesional, nos auguran una fructífera actuación como miembro de nuestra Academia.