

b) Masa blanquecina o grisácea en espacio subretiniano o subcoroideo.

B. MICROSCÓPICOS:

a) Endoftalmitis con absceso en el vítreo, con o sin leucocitos eosinófilos.

b) Formación de membrana ciclótica (Fig. 6).

c) Células gigantes multinucleadas, en absceso purulento (Fig. 7), aisladas o dispuestas en hilera a lo largo de una delgada membrana.

d) Membrana eosinófila anhistá, ligeramente festoneada (Fig. 7).

e) Ganchos.

El hallazgo de los ganchos es suficiente para establecer el diagnóstico, pero es muy raro observarlos sueltos, ya que por lo general se encuentran junto con las demás estructuras del escólex (Fig. 8).

El absceso en el vítreo, la membrana ciclótica, las células gigantes y la membrana eosinófila anhistá son hallazgos muy sugestivos pero insuficientes para establecer el diagnóstico en la mayoría de los casos. Sin embargo, son de gran importancia pues autorizan a preparar cortes histológicos seriados y a revisarlos cuidadosamente en busca de restos mejor conservados del parásito, tales

como estructuras del escólex y el cuello (Fig. 9), y de la pared de la vesícula, incluyendo los cuerpos calcáreos (Fig. 10) y su membrana quitinosa externa (Fig. 11).

A veces, la membrana anhistá y eosinófila que representa la pared más o menos degenerada de la vesícula del cisticerco puede confundirse con fragmentos de retina desprendida y degenerada, pero ésta nunca origina la formación de células gigantes multinucleadas.

Cuando los restos del parásito están muy alterados la tinción con hematoxilina y eosina deja muchas dudas en cuanto a su verdadera naturaleza (Fig. 12). En estos casos de difícil interpretación da resultados muy valiosos el uso de algunas tinciones especiales.

En nuestra experiencia el tricrómico de Masson destaca en forma importante los restos de la pared vesicular, que se tiñen intensamente de rojo (Figs. 13 y 14), el tricrómico de Galleo los tiñe de verde (Fig. 15) y la modificación de Wilder para retículo, además de resaltar en negro la propia pared, facilitando su demostración con los pequeños aumentos (Fig. 16), pone en evidencia mucho mejor su membrana quitinosa externa (Fig. 17).

COMENTARIO OFICIAL

ISAAC COSTERO¹

LO PERTINENTE del excelente trabajo del Dr. Sadí de Buen se manifiesta cuando pretende uno encontrar información sobre

el tema en los tratados de Patología ocular o en los de parasitología; la mayor parte de ellos nada dicen de la localización oftál-

mica de *Cysticercus cellulosa* o, a lo más, le dedican unas muy pocas líneas. Quizá la única descripción precisa sea la que hace el Dr. Manuel Martínez Báez en su Manual de Parasitología Médica (1953).

Sin embargo, se trata de un proceso frecuente y grave, de trascendentes consecuencias para el enfermo. Como estas consecuencias se agravan con el tiempo, la conveniencia de diagnosticar la cisticercosis ocular lo antes posible es evidente. Por ello conviene insistir en el aspecto macroscópico de la lesión, muy polimorfo, único al alcance del clínico que recibe a los enfermos. Con tal objeto conviene añadir a lo tan certeramente descrito por el Dr. Sadí de Buen, dos localizaciones extrabulbares de la enfermedad que presentan aspectos considerablemente distintos.

Cuando el cisticerco es conjuntival, suele ocupar las zonas cercanas al canto externo. En todo caso, el quiste se desarrolla bajo la mirada del oftalmólogo, apenas un poco por debajo del epitelio, de manera que en pocos días alcanza el tamaño de un guisante o de una avellana, sin perder su característica traslucidez, aunque aumentando rápidamente en consistencia. Si la lesión es reciente, puede distinguirse dentro de ella un enturbiamiento blanquecino más o menos central, el *receptaculum scolecis*. Al principio el quiste puede estar libre y resulta fácilmente desplazable, pero luego tiende a fijarse sólidamente en la esclerótica subyacente. Llama la atención la falta de reacción inflamatoria en la conjuntiva, aun en sus partes más inmediatas a la lesión, hasta que el parásito sucumbe, como hizo notar el Dr. De Buen en la localización intrabulbar. Si la masa blanquecina sólida contenida en el quiste se comprime entre porta y cubreobjetos, es

muy fácil ver con el microscopio, usando pequeños aumentos, el escólex con sus cuatro ventosas y su corona de ganchos.

En las localizaciones intrabulbares que ha mencionado el Dr. De Buen, la más común es la del cuerpo vítreo, a donde es clásico reconocer que llega generalmente desde una localización anterior, directamente hematogena, en la membrana coroidea, o entre la coroides y la retina, para luego atravesar esta membrana. Durante los primeros períodos de la infestación, la vesícula parasitaria no suele ser mayor de 1 mm y el *receptaculum scolecis* puede faltar, datos que se obtienen durante la observación oftalmoscópica. Sin embargo, el quiste crece de ordinario en pleno vítreo hasta llenarlo a veces por completo (Leber, 1896). Para Hirschberg (1885) el gusano puede vivir más de dos años en el vítreo y encontró casos con 20 años de permanencia del parásito muerto. Graefe y Cohn describieron casos con doble quiste. Luego, cuando la inflamación progresa, el diagnóstico sólo puede hacerse con el microscopio, para lo que deben tenerse en cuenta los detalles histológicos con los que el Dr. De Buen contribuye en su trabajo.

En fin, la localización orbitaria es rara y de reconocimiento clínico muy difícil. Los quistes tienden a localizarse en el borde orbital anterior y menos en la profundidad, produciendo precozmente dolor, inflamación y ocasionalmente exoftalmos, alteraciones de la motilidad y trastornos en el nervio óptico. Lo descrito por De Buen debe ser también aquí muy valioso para el diagnóstico postoperatorio de la lesión.

Aunque el escrito del Dr. De Buen es conciso, resulta muy difícil añadir otra cosa que pequeños detalles, como los aquí expuestos, porque su presentación ha sido justa y precisa. Reciba por ello mi cordial felicitación.

¹ Académico numerario. Instituto Nacional de Cardiología.