

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**ESTUDIO DE CORIORETINITIS EN EL
HOSPITAL MILITAR CENTRAL**

TESIS

LISBETH EMILIA SANTIZO ROSALES

Guatemala, Marzo de 1974.

PLAN DE TESIS

- I) INTRODUCCION
- II) OBJETIVOS
- III) MATERIAL Y METODOS
- IV) GENERALIDADES
- V) RESULTADOS
- VI) DISCUSION
- VII) SUMARIO Y CONCLUSIONES
- VIII) BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

La visión es una de las facultades indispensables en el hombre para el desarrollo de una vida normal y productiva. Siendo el ojo elemento primordial de la misma nos ha interesado su estudio, especialmente lo referente a una patología que siendo frecuente en nuestro medio, se encuentra por momentos encubierta por otras alteraciones, corriendo el albur de perder la funcionalidad del ojo, con ceguera resultante.

La corioretinitis se presentó frecuentemente en los pacientes que solicitaron atención médica especializada al Departamento de Oftalmología del Hospital Militar Central, en donde representa una importante entidad porque las lesiones severas conllevan pérdida de función visual, con cese inmediato del trabajo, y problema laboral al pasar a las cargas pasivas de la institución en que se laboraba.

Debemos expresar nuestro sincero agradecimiento a todas aquellas personas que hicieron posible la realización de este estudio. Especialmente al Departamento de Oftalmología del Hospital Militar, el Departamento de Registro Médico del mismo hospital, a los doctores Luis Alberto Destarac y Edgar Lehnoff.

OBJETIVOS

El presente trabajo pretende:

- a) Efectuar una revisión de los casos de corioretinitis presentados en los pacientes del Departamento de Oftalmología durante los últimos tres años.
- b) Analizar los factores que favorecieron la aparición de la entidad.
- c) Comparar el decremento en la visión al principio y al final de la enfermedad.
- d) Analizar secuelas definitivas.
- e) Efectuando un estudio retrospectivo encontrar conclusiones válidas para un futuro.

MATERIAL Y METODOS

Material: Todos los pacientes examinados en la clínica de Oftalmología del Hospital Militar Central durante los años 1971-72-73.

Los registros clínicos de dichos pacientes.

Métodos: Examen oftalmológico completo de los pacientes.
Determinación de la entidad patológica.

En los casos de uveítis: localización del sitio de la, lesión, tratar de llegar a determinar la etiología de la misma con exámenes de laboratorio, con consultas interdepartamentales en el hospital, contándose con la colaboración de los Departamentos de Otorrinolaringología, Odontología y Medicina Interna quienes efectuaron exámenes específicos a los pacientes que se enviaron en consulta. Si el paciente presentaba una patología correspondiente a su especialidad se le dió tratamiento específico.

Se efectuaron exámenes de gabinete: cardiolipina, biometría hemática, cultivo de exudado faringeo, y de secreción ótica en los casos en que estuvo indicado.

Se estableció una terapéutica específica, llevando un control del paciente para establecer comparación al final del mismo.

GENERALIDADES

El tracto uveal está compuesto por tres partes: iris, cuerpo ciliar y coroides. Se puede definir como la capa media y vascular del ojo, protegida por fuera por las capas externas de la cornea y escleróticas, contribuyendo a la nutrición de la capa nerviosa interna, o sea la retina.

La coroides está situada entre la retina y la esclerótica, formada principalmente por vasos sanguíneos.

Los cuerpos ciliares son estructuras de forma triangular, extendidas desde la coroides, hasta la raíz del iris, constando de dos partes corona ciliar y pars plana.

Iris es la prolongación anterior del cuerpo ciliar de superficie más o menos plana que posee una abertura redonda en el centro llamada pupila. Está en contacto con el cristalino y el humor acuoso en su parte posterior.

La función del iris es regular la cantidad de luz que entra al ojo. Se efectúa por contracción pupilar cuando hay exceso de luz y dilatación de la misma en la obscuridad.

El cuerpo ciliar forma la raíz del iris y sirve para regular por medio de las fibras zonulares el tamaño del cristalino y la acomodación, mas, o, menos convexo para la visión de cerca ó de

lejos respectivamente.

El humor acuoso es secretado por los procesos ciliares hacia la cámara posterior.

La coroides está formada por numerosos vasos sanguíneos; su función es nutrir la porción externa de la retina subyacente.

Debido a la íntima relación entre coroides y retina, las enfermedades de la coroides afectan casi siempre la retina, dando como resultado la corioretinitis.

La patología de la coroides en sí no produce dolor o visión borrosa. Sólo si se afecta el área macular de la retina se produce alteración y visión borrosa central. El vítreo puede ponerse turbio, siendo la alteración visual resultante proporcional a la densidad de dicha opacidad.

UVEITIS

Es el término usado en general para denominar los procesos inflamatorios de la uvea.

Se usa el término uveitis anterior para denominar iritis, y la iridociclitis, y de uveitis posterior para coroiditis y coriorretinitis.

Iridocilitis

El drenaje abundante del cuerpo ciliar se obstruye y congestiona alrededor del limbo, resultando una dilatación de los vasos del iris y del cuerpo ciliar.

Las células flotantes en el humor acuoso se convierten en precipitados queráticos que son detritus celulares, adheridos a la superficie corneal, apareciendo como manchitas blancas o amarillentas. Por la inflamación en el iris se forman adherencias de éste a la cápsula anterior del cristalino que vuelve irregular el borde pupilar; son las llamadas sinequias posteriores, que son capaces de impedir un normal paso de humor acuoso a la cámara posterior. Si las adherencias son del iris hacia la cornea, se llaman sinequias anteriores, y causan una obstrucción de las estructuras del ángulo esclero-corneano, impidiendo un normal tránsito del líquido, dando como resultado un glaucoma.

Corioretinitis

El cuadro clínico variará según tres factores:

1) La localización del foco provoca un cuadro clínico diferente, según se encuentre situado en la periferia del fondo del ojo, o en la región central. Los focos situados en la parte central, muy pronto son acusados por el paciente, bajo la forma de un escotoma central o paracentral, mientras que los focos situados en la periferia el escotoma es menos manifiesto y los que el paciente observa son sensaciones de moscas volando, de un velo o de opacidad producida por elementos exudativos que caen en la cavidad del vítreo y que a veces impiden al oftalmólogo visualizar el fondo.

Si el foco está situado en la misma mácula, produce gran disminución de la agudeza visual.

2) La etapa evolutiva en que se encuentra dará una sintomatología diferente, etapa aguda o período de cicatrización. En la aguda las descripciones anteriormente hechas en cuanto a disminución de agudeza visual. En el período de regresión o cicatrización que dará un efecto visual en el área afectada, de carácter definitivo, pero el escotoma disminuye en el estudio campimétrico. Desaparecen gradualmente la infiltración y el edema, al iniciarse una reparación con tejido conjuntivo.

3) Si existe una reacción alérgica sobreagregada se traduce en el cuadro clínico por la aparición de mayor cantidad de elementos exudativos. Especialmente se observa edema sub-

retiniano, mayor cantidad de elementos exudativos invadiendo el vítreo.

Los signos oftalmoscópicos en etapa aguda: se observa una mancha blanco grisácea de tamaño y situación variable. Su tamaño varía de 0.25 a 0.50 de diámetro papilar. Si el foco es de cierta importancia puede ocultar los vasos retinianos, pero en la mayoría de casos el proceso predomina en la coroides y no oculta los vasos. La parte central del foco corresponde a la zona de necrosis e infiltración celular densa; la parte periférica corresponde al edema con decreciente infiltración celular.

En etapa de cicatrización el edema retiniano inflamatorio se reabsorbe, permitiendo la recuperación funcional de las áreas no afectadas directamente por la infiltración y la necrosis. Las opacidades del vítreo se reabsorben gradualmente. Se observa una mancha de color blanco grisáceo, situada por detrás de los vasos retinianos, con acumulaciones de pigmento diseminadas en su superficie y a veces agrupadas en sus bordes; la cicatriz puede tener zonas de rarefacción que permite ver los planos posteriores. La papila presenta frecuentemente tractos residuales de la lámina prerretiniana que convergen al centro de la excavación.

Existen numerosos agentes que pueden producir inflamación del tracto uveal, pudiendo estar afectados una, dos, o las tres porciones simultáneamente.

Las alteraciones inflamatorias del tracto uveal habitualmente son unilaterales, y son frecuentes primordialmente en gente joven o en edad mediana. Clínica y patológicamente se pueden

dividir en dos grandes grupos: granulomatosas y no-granulomatosas, colocándose las corioretinitis generalmente dentro de las granulomatosas.

De acuerdo con su concepción, Woods(10) divide las uveitis no-granulomatosas en físicas, tóxicas y alérgicas, según la naturaleza del agente causal.

Fundamentalmente se observa en las afecciones de las granulomatosas una reacción tisular caracterizada por exudación, movilización y proliferación de las células inflamatorias. Los elementos que primero acuden al foco inflamatorio son leucocitos, que rápidamente son reemplazados por grandes macrófagos provenientes del sistema retículo endotelial. Estos grandes fagocitos, proliferan rápidamente, pudiendo transformarse en células epitelioides que tienen tendencia a agruparse en nódulos en donde pueden aparecer células gigantes y tubérculos. Esta tendencia a agruparse en nódulos es lo que ha dado a estas reacciones el nombre de granulomatosas.

Muchas veces se forman anticuerpos por estas células que sensibilizan los tejidos y entonces sobreviene necrosis, los grandes mononucleares fagocitan los gérmenes y los restos celulares; finalmente, se produce una reacción mesodérmica o glial que deja una cicatriz hialina en reemplazo del tejido destruido(5).

Si la mácula no es lesionada la recuperación de la visión será completa. Se aceptan en general que no existen focos primitivamente retinianos sino que todos son coroides con invasión secundaria de la retina. Los bordes del foco de coroiditis

en su etapa aguda, son borrosas, y no rara vez presentan focos mas pequeños que van marcando la invasión a zonas vecinas.

Entre los datos importantes en los antecedentes clínicos, existen generalmente en estos pacientes episodios previos de artritis, e infecciones con focos sépticos (dientes, amígdalas, prostatita).

El diagnóstico diferencial puede efectuarse con conjuntivitis, y con glaucoma:

1. En la conjuntivitis no existe visión borrosa; la respuesta pupilar es normal; existe secreción ocular y no hay dolor, ni fotofobia ni inyección ciliar.
2. En el glaucoma agudo existe midriasis y edema corneal; la visión está muy disminuida.

Clasificación general

1. Traumáticas
2. Degenerativas
3. Neoplásica o tumurales
4. Infecciosas
5. De causa desconocida

RESULTADOS

Se encontraron 20 casos registrados como corioretinitis, que son la casuística del presente informe.

Distribución por edad

El Departamento de Oftalmología del Hospital Militar atiende pacientes de todas las edades referidos por los demás departamentos o clasificados como pacientes con afección oftálmica. El paciente más joven tratado fué de 17 años y el de mayor edad fue de 50 años. Puede notarse que el mayor porcentaje de los pacientes está comprendido entre los grupos etarios de 21 a 50 años, edad en la que aún se está desarrollando una plena actividad diaria y en donde la visión, una buena visión, es indispensable.

T A B L A No. 1

Distribución por edad	Porcentaje	Número de casos
0 - 10	00%	0
11 - 20	20%	4
21 - 30	30%	6
31 - 40	10%	2
41 - 50	40%	8
60 - mas	0%	0
Totales	100%	20

Comentario

El mayor porcentaje correspondiente a las décadas de la segunda a la quinta, son las de mayor incidencia, además de ser la edad en que los pacientes están de alta en el ejército. Puede inferirse por esto que la corioretinitis se presenta predominantemente en gente joven y en edad productiva.

Distribución por sexo

El hospital cubre a todo el personal del ejército, en su mayor porcentaje formado por hombres; a esposas de oficiales, madres e hijos de los mismos.

T A B L A No.2

Sexo	Porcentaje	No. de casos
Femenino	20%	4
Masculino	80%	16
Total	100%	20

Comentario

Ochenta por ciento del sexo masculino debido a que la población cubierta por el hospital en su 90% pertenece a este se-

xo. No puede inferirse que se presente la enfermedad predominantemente en uno que en otro sexo.

Examen inicial

Luego de que el paciente ha presentado al médico sus molestias, que en la mayoría de los casos corresponden a disminución de agudeza visual uni o bilateral, dolor y enrojecimiento de los ojos, se procede a efectuar un examen clínico tendiente a encontrar la patología. Se efectúa un examen externo, se toma agudeza visual con la tabla de Schlem.

T A B L A No. 3

Agudeza visual de lejos	Porcentaje	Número de casos
20/30	10%	2
20/40	20%	4
20/70	40%	8
20/100	20%	4
20/200	5%	1
No percibe luz	5%	1
Total	100%	20

Comentario

El 75% de las lesiones dejarán prácticamente intacta la agudeza visual; siendo un 25% el que quedará afectado ya que se lesionó el área macular. Es alto porcentaje en este número de pacientes.

Enfermedades asociadas

Debido a que el mayor porcentaje de pacientes corresponde a épocas de la vida en que enfermedades metabólicas y de descompensación no son infrecuentes, se efectuó un análisis de las que estuvieron asociadas a corioretinitis en este grupo de pacientes encontrando:

T A B L A No.5

Enfermedad	Porcentaje	No. de casos
Diabetes-Mellitus	20%	4
Hipertensión Arterial	20%	4
Sin otra Patología	60%	12
Total	100%	20

Comentario

Las dos enfermedades encontradas se caracterizan por la facilidad conque se adquieren otros tipos de enfermedades infecciosas, debido a las alteraciones producidas en el metabolismo del individuo que las presenta. La asociación, afortunadamente,

no es de una frecuencia significativa.

Etiología de la lesión

Por las características clínicas de las lesiones de fondo de ojo, se clasificaron en su mayor porcentaje como infecciosas, llegando incluso a tenerse la sospecha de ser de origen toxoplásmico, extremo que, desafortunadamente, no pudo comprobarse por falta de exámenes específicos de los pacientes sospechosos.

T A B L A No. 6

Etiología	Porcentaje	No. de casos
Infecciosas	50%	10
Degenerativas	45%	8
Causa Ignorada	5%	2
Total	100%	20

Comentario

Las infecciones en las estructuras internas del ojo son más frecuentes de lo deseado, ya que en un grupo pequeño como este estudiado un 50% obedece a agente infeccioso.

Efectuadas las consultas necesarias interdepartamentales se encontró que en las afecciones infecciosas se recuperaron mi-

croorganismos en frotis y cultivos provenientes de:

Garganta (exudado faringeo) en casos de amigdalitis cro
nicas (40%).

Oídos, en casos de otitis agudas supuradas (20%)

Fueron recuperados los siguientes gérmenes:

-Estafilococo dorado 60% de los casos

-Estreptococo Beta hemolítico 10% de los casos

Otros exámenes practicados

1. Cardiolipina (V. D. R. L.) investigado en el 90% de los casos, en los que fué negativo, 10% de los casos no se investigó. Se descarta en este caso etiología láética de las lesiones.
2. Hematología: hematocrito y hemoglobina que se encontró en todos los casos en límites normales, tomándose como tales Hb entre 12 y 16 gramos. Ht entre 35 y 45%.

La forma leucocitaria estuvo en límites normales, sin desviación a la izquierda, indicando en todos los casos la ausencia de infección sistémica aguda en el momento del estudio. No se encontró leucocitosis en ninguno de los casos, oscilando el número de globulos blancos de 8,000 a 10,000 mm³.

3. Radiografía de torax: en los pacientes referidos al médico internista para evaluación complementaria se practicó estudio radiológico de torax, siendo el mismo en todos los casos negativo para enfermedad pleuropulmonar. Indica: este hallazgo la ausencia de etiología pulmonar en las lesiones. Los casos referidos fueron el 60%.
4. Exámenes de orina y de heces no reportaron ningún dato positivo para el diagnóstico.

Terapéutica

Plan Básico:

1. Reposo
2. Atropina topica
3. Antibiotico o sulfa
4. Antiinflamatorios
 - a) local
 - b) sistémico

1. Antibioticos: Se usó ampicilina por vía oral a dosis de 250 miligramos cada 6 horas por diez días (60% casos).

2. Sulfas: gantrisin (sulfimetoxasole) por vía oral a dosis de 500 miligramos cada doce horas por ocho días (5 casos, 25%)
3. Atropina: al 1% una gota cada doce horas en épocas agudas y luego cada 24 horas por diez días en el cien por ciento de los casos.
4. Antiinflamatorios: Fenil Butazona dos tabletas por vía oral cada ocho horas por diez días (100% de los casos.)
5. Esteroides: Dexametasona por vía oral hasta 12 miligramos diarios en etapa aguda.

Inyección subconjuntival cada ocho días, en 30% de los casos; de DepoMedrol 0.3 cc ó Prednisolona 0.3 cc.

6. Vitamina "A" topica.
7. Endoyodina por vía intramuscular.

Comentario

El esquema de tratamiento fue en todos los casos el clásico acostumbrado para cada etiología, adjuntándose a todos los apuntados reposo y oclusión recomendados en esta patología.

Luego de tratamiento específico, reexaminado, el paciente y habiendo ya desaparecido toda sintomatología, se efectuó agudeza visual para clasificar secuelas dejadas por la coriorretinitis recién sufrida:

T A B L A No. 7

Agudeza visual de lejos	Porcentaje	Número de casos
20/20	10%	2
20/30	20%	4
20/40	40%	8
20/60	10%	2
20/50	10%	2
20/100	5%	1
No percibe luz	5%	1
Total	100%	20

Comentario

Es notable la mejora en cuanto a visión en el 99% de los pacientes ya que únicamente uno de los veinte casos quedó con la misma, sin la proyección ni percepción de luz que tenía al inicio del tratamiento. En todos los demás casos aunque que dieron valores altos de agudeza visual son mucho mejores que los presentados al principio, defectos que pueden ser corregidos con uso de lentes apropiados.

SUMARIO

- 1) La corioretinitis se presenta predominantemente en gente joven.
- 2) No hay predilección por un sexo determinado.
- 3) Al inicio del cuadro está alterada en todos los pacientes la agudeza visual.
- 4) El 75% de los pacientes recobran íntegramente su agudeza visual.
- 5) Un 25% quedará con visión disminuida por lesión macular cicatricial.
- 6) La asociación con alteraciones metabólicas (e.g. diabetes mellitus) no es significativa.
- 7) La etiología infecciosa es significativamente alta.
- 8) La entidad se halla asociada frecuentemente a condiciones sépticas distantes: garganta, oído, piezas dentarias.
- 9) La etiología lúética no fué significativa en nuestro estudio.
- 0) Un buen estado nutricional y adecuados índices hematológicos fueron la regla en nuestros pacientes.
- 1) En ningún caso se encontró enfermedad pulmonar asociada.
- 2) Se obtuvo excelentes resultados con terapéutica tradicional.

RECOMENDACIONES

- 1) Un examen oftalmológico, con especial interés al fondo del ojo a los pacientes que ingresan al ejercito para determinar existencia de focos de corioretinitis previos.
- 2) Examen periódico de agudeza visual para comparación.
- 3) En el caso de presentarse una corioretinitis en un elemento perteneciente a la institución armada de acuerdo a la localización y actividad del foco de corioretinitis considerar la baja del ejercito.
- 4) En caso de lesión macular por proceso infeccioso baja definitiva y subvención.
- 5) Tratamiento médico o quirurgico adecuado de amigdalitis agudas y crónicas, caries dental, otitis media o externa supurada.

DISCUSION

Los procesos infecciosos oculares del tipo de la uveítis anterior o corioretinitis son entidades importantes para cualquier persona que por la naturaleza de su trabajo depende fundamentalmente de su visión; como los que pertenecen al ejército, marinos, pilotos, etc.

El estudio realizado pone de manifiesto la relación ya servada en trabajos anteriores de otros autores de infecciones de la garganta, oído, cavidad bucal, que repercuten en uveítis; habiendo sido en nuestra casuística manifiesta predominantemente la infección de las amígdalas. -Podría en base a esto, preverse la necesidad de cirugía de amígdalas en los casos de amigdalitis crónica como prevención del apareamiento de corioretinitis?. No podemos recomendar medida tan drástica en vista de que el estudio comprende una mínima parte de la población y con características especiales.

Se notó la relación no significativa entre uveítis y diabetes mellitus o hipertensión arterial, suponiéndose que se vieron asociados debido al impacto que dichas entidades causan en el procesamiento de defensas del organismo.

La disminución de la agudeza visual en todos los casos anterior al inicio del proceso indica el grado de lesión que existe y que debe ser tratado pronto para evitar secuelas definitivas. En nuestros casos el 95% recuperó totalmente su agudeza visual habiendo un caso de ceguera total al inicio y al final del tra-

tamiento. Esta observación concuerda con los estudios comparativos consultados.

La mayoría de nuestros pacientes estudiados se desenvuelven en un ambiente con alta probabilidad de traumatismos; a pesar de lo cual ninguna de las lesiones del fondo de ojo estudiada fue compatible con una etiología traumática. Estos nos hace suponer que existe un factor de predisposición y de resistencia a los traumatismos que hacen susceptibles a unos individuos de presentar estas lesiones por traumatismo.

Coincidiendo con estudios de otros autores en nuestra muestra la gente joven es la más afectada; probablemente por estar mas expuestos a ambientes sépticos, a privaciones, a trabajos agotadores, a desórdenes alimenticios e higiénicos.

El estudio presente nos muestra que el estado nutricional no alteró en nada el apareamiento de la corioretinitis; ya que el 100% de nuestros pacientes presentan índices hematológicos adecuados.

La terapéutica utilizada, tradicional, basada en dilatación pupilar, reposo, antiinflamatorios, antimicrobianos, dió resultados halagadores ya que se dió egreso, "curados" al 95% de los pacientes. Ningun tratamiento experimental o desesperado fue necesario para mejorar la visión.

BIBLIOGRAFIA

1. Allen, H. F. Burns e al. Infections diseases of the conjunctiva and cornea. Symposium of the New Orleans academy of ophtalmology. St. Louis. The C. V. Mosby, 1963.
2. Duke Elder, W. S. Text book of ophtalmology. London, Kimpton, 1940. vol. 3. pp56-69.
3. Kaufman, H. E. The uvea. Arch. Ophtalmology 75: 407 - 411. July 1966.
4. Kurz, G. H. Uveitis its varied manifestations and causes. Clin. med. N. A. 48: 1529 - 1531, 1964
5. Rodriguez Bonn, Raul. Fondo de ojo. Buenos aires, Inter-médica, 1959. pp 356-384.
6. Schie & Albert, ed. Ophtalmology Adlers. Philadelphia. W. B. Saunders, 1969. pp 16-18.
7. Thiel Rudolph. Atlas de patología ocular. Barcelona, Salvat, 1964. pp 586-609.
8. Vaughan Cook, Asburg. Oftalmología general. México, manual moderno, 1967. pp 102 - 108.
9. Wilder H. C. Toxoplasma chorioretinitis in adults. Arch. Ophthl. 48: 127-129. April. 1952.
10. Woods, A. Endogenous uveitis. Baltimore, Williams and Wilkins, 1956. pp 37-49.

Lisbeth Emilia Santizo Rosales

Dr. Luis Alberto Destarac
Asesor

Dr. Edgar Lehnnoff.
Revisor

Dr. Julio De León
Director de fase III

Dr. Francisco Sáenz Bran
Secretario General

Vo. Bo.

Dr. Carlos Armando Soto
Decano