

EPISCLERITIS DE ORIGEN PARASITARIO

POR

JORGE A. BERGANZA, M. D.

Tulancingo, - Hgo. México

Después de 2 años de escarbar inútilmente en la literatura oftalmológica en busca de publicaciones referentes a episcleritis y escleritis de posible origen parasitario, y no habiendo tenido la suerte de encontrarlas (no sé si existan o no), nos ha parecido interesante el presentar ante Uds. esta comunicación en la cual exponemos varios casos (observaciones personales) que demuestran claramente la participación parasitaria en la génesis de las episcleritis y escleritis que hasta hoy han tenido una etiología más o menos clásica.

He aquí mi primera observación personal:

El 8 de julio de 1965, D. H., de 10 años de edad, pastor de ganado bovino y equino, de condiciones higiénico-habitacionales pésimas, vecino de Tulancingo Hgo., región de la que nunca ha salido, situada a 2,175 Mts. de altitud, de clima templado con temperatura media de 15 Go. C (20-5'-10" lat N; 0-2'-19" lat E y 98-22" lat O), se presenta a la consulta acompañado por su madre, la cual nos relata que desde hace tres días el pequeño presente enrojecimiento intenso del ojo izquierdo, el que además amanece "chinguinoso" (párpados pegados con secreción espesa), acusando a ratos un cosquilleo muy especial dentro del ojo, con exacerbaciones dolorosas interminentes. Como antecedente, unos días antes de manifestarse el enrojecimiento ocular, el pequeño había estado jugando con un compañero tirándose a la cara puños de tierra.

Una vez separados los párpados, el diagnóstico de miasis ó euliasis ocular se hace de inmediato. En efecto, destacándose sobre el fondo oscuro ofrecido por el área corneal, asistimos a la gimnasia curiosa que ejecuta un vermículo ovoide de 1.5 mm de longitud, de color blanco y coronado por una terminación anterior negra. En medio de un constante movimiento se incurba casi hasta tocarse con sus extremidades, progresando con rapidez inaudita de un polo a otro de la córnea

y dejándose resbalar después hacia abajo por medio de sacudidas acompasadas, siempre con la extremidad negra hacia abajo, para ir por último a arrojarse a la "alberca" que le ofrece el fondo de saco inferior lleno de líquido lagrimal, donde borbotean ya unos 3 o 4 parásitos idénticos. Explorado enseguida el fondo de saco superior podemos descubrir también otros microscópicos gusanos idénticos a los anteriores: unos 4 en total.

Nuestro primer cuidado consiste en desembarazar al paciente de estos molestos huéspedes, y tomando una cucharilla, previa instilación repetida de gotas de cocaína, empezamos a recoger parásitos de los fondos de saco, aisándolos para el posterior examen microscópico. El paciente se tranquiliza con el anestésico local dejándose fácilmente practicar los lavados de los fondos de saco... Nueva exploración, consistiendo en control endonasal, lavado de vías lagrimales y otra vez fondos de saco y conjuntiva bulbar a la lámpara de hendidura, realizando el "Inventario" de lo ocurrido:

La córnea, cuidadosamente examinada, se nos presenta lisa, brillante sobre toda su superficie con excepción del polo superior donde observamos unas ligeras escoriaciones filiformes que toman muy débilmente el colorante.

En la cámara anterior no se descubre nada en particular. Las conjuntivas palpebrales parecen ser las más lesionadas. En efecto, evertiendo los párpados descubrimos verdaderas placas exudativas, o más bien, neo-membranas exudativas que se dependen fácilmente con el dorso de la cucharilla; la conjuntiva subyacente nos muestra zonas hemorrágicas de unos 3 o 4 mm. de diámetro diseminadas en forma irregular.

Por último examinamos detenidamente la conjuntiva bulbar, la cual se nos presenta con una reacción quemótica y congestiva intensa que se acentúa hacia el meridiano de las 11 Hs., alrededor de un botón blanquecino situado muy cerca del limbo; no descubrimos ningún otro dato de interés. Precibimos instilaciones a base de cortisona-sulfacetamida y pomada a los fondos de saco por la noche al acostarse, diciéndole de volver al cabo de 2 días.

Dos días después, las conjuntivas palpebrales han tomado su aspecto normal, pero no así la conjuntiva bulbar, la cual nos ofrece la siguiente imagen a la lámpara de hendidura: hacia el meridiano de las 11 Hs. donde hacía 48 Hs. habíamos notado un botón hiperémico, encontramos una placa rojiza, saliente, provista de gruesos vasos; bajo la conjuntiva que cubre éste "botón" nos llama la atención la presencia de pequeñísimos puntos negros que se mueven en forma constante pero lenta dentro de una vesícula de unos 4 mm. de diámetro. Al mismo tiempo y hacia el meridiano de las 3 Hs., una pequeña mancha rosada emerge de una base de coloración más oscura, empezando a abombar la conjuntiva a

3 mm. de limbo corneal. El dolor es muy intenso a la presión en el nódulo de las 11 horas.

Cerciorándonos de que los puntos negros que se mueven dentro del nódulo vesicular, corresponden sin duda alguna a las extremidades anteriores de las larvas, se nos ocurre de pronto drenar la vesícula con el fin de eliminarlas, pero pensando que, por otra parte, si no se interviene el nódulo, la evolución de dicho cuadro nos pueda dar datos de mayor interés en los próximos días, se abandona la idea y se dice continuar con el mismo tratamiento médico y volver al siguiente día.

El 11 de julio el cuadro es el siguiente: la fotofobia, el lagrimeo y el dolor son muy acentuados. La conjuntiva que recubre el primer nódulo nos parece adelgazar y los puntos negros móviles han desaparecido, ocupando el contenido de la vesícula un líquido amarillento. Gran cantidad de vasos profundos y dolor muy intenso a la presión.

Mientras tanto, la pequeña elevación rosada de las 3 Hs. va tomando poco a poco el aspecto de la primeras 72 horas antes, empezándose a ver ya, aunque con cierta dificultad los primeros puntos negros que se mueven a través de la conjuntiva muy lentamente. Administramos sedantes por vía parenteral y se dice volver al día siguiente.

Julio 12 de 1965: El Paciente acusa un dolor intensísimo y no tolera la más mínima presión. En el exámen a la lámpara de hendidura nos encontramos con que el nódulo de las 11 hs. ha reventado, dejando escurrir pus amarillento espeso, del cual encontramos restos en los fondos de saco inferior, conteniendo dos larvas que parecen haber perdido casi por completo su vitalidad; sin embargo, la reacción escleral es muy intensa. El nódulo de las 3 Hs. está en su apogeo y presenta exactamente el mismo cuadro que el primero 72 hs. antes: muy prominente y bajo la conjuntiva que le cubre, muy abombada, empezamos a ver con bastante nitidez los mismos puntos negros que se mueven con lentitud, aunque en menor número que en el primero.

Sospechando que dicho paciente no volviese a la consulta por no encontrar mejoría apreciable y siendo imposible por su condición mental y educacional contar con su cooperación para seguir estudiando el caso, decidimos intervenirle bajo anestesia general al día siguiente.

Julio 13 de 1965: El dolor continúa siendo intensísimo, así como la fotofobia y el lagrimeo; además, la secreción conjuntival y la reacción de las conjuntivas bulbar y tarsal ha aumentado considerablemente el día de hoy. Lavado de los fondos de saco. Debridación del nódulo-abceso de las 11 hs. y examen cuidadoso a la lámpara de hendidura: sobre la esclera, observamos una mancha de color

pizarra de unos 5 mm. de diámetro con zonas de necrosis que son eliminadas con una cucharilla; gran excavación escleral al centro. Incisión del segundo nódulo, del cual recogemos 3 gusanos que se mueven con gran vitalidad al ser extraídos; escurre además un líquido sero-purulento en escasa cantidad. Raspado profundo del nódulo en el fondo del cual también encontramos zonas necróticas incipientes, así como la excavación menos profunda que en el primer caso. Cauterización minuciosa de la zona raspada, con ácido fénico diluido y recubrimiento conjuntival con anclaje en el limbo. Apósito con cortisona-cloranfenicol y anti-bióticos de tipo parenteral; enzimas y sedantes.

A los dos días el ojo se encuentra en calma y a los ocho se han retirado las sedas y se da de alta prescribiéndose un colirio a base de cloramfenicol-cortisona 3 veces al día, dejándose translucir aún a través de la conjuntiva, las manchas de color pizarra. Córnea-cámara anterior e iris sin datos patológicos.

Las larvas han sido depositadas en un tubo de ensayo corto, cubriéndolas con algodón bien apretado, y encima de éste otra capa de algodón glicerinado (alcohol al 60% y glicerina al 5%), y enviadas para su estudio entomológico. El laboratorio las identifica como larvas de *Rinoestrus purpúreus*, artrópodo de 10 a 12 mm. de longitud que como sabemos parasita más o menos frecuentemente al caballo y equinos en general. Esta variedad de mosca es causante de ésta miasis ocular, más o menos en igual porcentaje que el *Oestrus Ovis*. En Argelia han sido publicados trabajos muy interesantes referentes a éste último artrópodo. Recordamos que la frecuencia de miasis oculares provocadas por el *Oestrus Ovis* es mucho mayor en éstos países que las ocasionadas por el *Rinoestrus purpúreus*. Desde el punto de vista clínico, las larvas parecen menos traumatizantes que las del *R. purpúreus*. Por último debemos hacer notar el carácter "ambulatorio" o "escalonado" que presentaron los nódulos episclerales, así como la ectasia que se observó en el primero de éstos, 3 meses después.

Como segunda parte de esta comunicación, presento ante Uds. dos casos de episcleritis bilateral recidivante provocados por Oxiuros.

El 19 de julio de 1967, dos niñas de 5 y 6 años respectivamente que habitan de siempre en Papantla, Ver., pueblo de clima tropical a 40 km de la costa del Golfo de México, son llevadas a la consulta por su madre, la cual hace el siguiente relato: desde hace aproximadamente tres meses y con diferencia de algunos días, las dos empiezan con enrojecimiento ocular, lagrimeo y molestia hacia la luz que se mejora con gotas de limón?? (panacea que nuestros indígenas emplean sistemáticamente en cualquier molestia ocular, y también mucha de nuestra clase media y hasta acomodada); sin embargo, al cabo de ocho días el enrojecimiento se ha acentuado x, apareciendo unos "granitos" alrededor de la "niña", que han ido aumentando en número provocando intenso dolor. En el exámen a la lámpara

de hendidura nos encontramos con los clásicos nódulos de episcleritis en número de 1 a 2 en cada ojo, ausencia de secreción muco-purulenta, inyección limitada a la periferia nodular y evidente participación de vasos profundos. Dolor intenso a la presión. Edema conjuntival localizado bajo la forma de pequeña saliente sobre y alrededor del nódulo.

Instalamos un tratamiento a base de corticosteroides, antibióticos de tipo local y parenteral y se dice volver a la consulta a los seis días. En ésta segunda consulta notamos una mejoría franca del cuadro, persistiendo aún los nódulos con un tamaño menor y casi sin síntomas inflamatorios. Aconsejamos continuar el mismo tratamiento y volver al cabo de 15 días. Sin embargo, las enfermas no se regresan más a la consulta posiblemente por haber considerado la madre que se encontraban curadas, sino hasta el día 16 de octubre del mismo año. El cuadro clínico presenta entonces una agudización extraordinaria: hiperemia profunda de color violáceo muy intensa con tumefacción escleral que provoca nódulos enormes muy dolorosos a la presión; además, encontramos fuerte participación iridiana y corneal en una de ellas: Del nódulo escleral, la vascularización se ha extendido hacia la córnea, y el limbo no se reconoce fácilmente; turbidez límbica de la córnea y pequeñísimos focos de infiltración en las láminas, parecidos a los de la queratitis intersticial; precipitados límbicos discretos. Miosis acentuada y sinequias débiles aún en la mitad externa del cristalino.

En vista de la gravedad del cuadro ordenamos exámenes complementarios investigando de preferencia, lúes, tuberculosis, focos infecciosos, artritis, etc... y solo nos resultan positivos, por un lado el examen coproparasitoscópico el cual nos revela la presencia de huevecillos y hembras adultas de Oxiuros en el raspado de la región perianal, y por otro la fórmula leucocitaria: leucocitos 11,200 (S= 76; L 23 y M = 1). Se instala de inmediato el tratamiento antiparasitario a base de yoduro de Ditiazanina (Deselmina Lepetit) y violeta de genciana en píldora (oxiuryl). A la niña que no presentaba participación corneal e iridiana se le suspende el tratamiento tópico local ocular y se le da tan sólo el tratamiento general antihelmíntico. A la otra, además de éste, se le prescribe atropina, cloranfenicol y cortisona en colirio.

Al terminar la primera etapa del tratamiento antihelmíntico, o sea a los 8 días, el cuadro nodular ha mejorado notablemente en las dos enfermas y los ojos entran en calma. La vascularización empieza a desaparecer, el dolor lo mismo y los nódulos a reabsorberse. Los síntomas de oxiuros han desaparecido y subjetivamente las enfermas se encuentran bien. Insistimos en la vigilancia ambulatoria y se dice volver al mes.

Al cabo de 30 días, los nódulos de episcleritis han desaparecido por completo en los dos casos, las conjuntivas se presentan normales y se observa solamente

una ligera vascularización corneal en el caso en que ésta participó. Iris normal. En ambos casos se perciben a través de la conjuntiva unas manchas de color pizarra en los sitios donde antes existieron los nódulos episclerales.

COMENTARIO FINAL

Resumen

Presentamos primeramente un caso de miasis primitivamente conjuntival que terminó con lesiones episclerales y esclerales francas; lesiones no despreciables que sin duda hubieran podido agravarse si no hubiesen sido tratadas precozmente.

No encontrando en la literatura oftalmológica un caso semejante a este, nos ha parecido interesante el publicarlo, haciendo hincapié en que se ha tratado de una verdadera episcleritis de origen parasitario provocada por larvas de *Rinoestrus purpúreus*. De las dos variedades gemelas de miasis ocular, la provocada por *Rinoestrus purpúreus* se considera mucho más traumática que la provocada por larvas de *Oestrus Ovis*. El traumatismo observado en el curso de éste caso de euliasis ocular ha sido provocado sin duda alguna por la acción conjugada de las toxinas secretadas y por los ganchos de la larva, así como por las enzimas proteolíticas (lisis escleral) y la reacción alérgica concomitante.

En segundo término hemos presentado dos casos de episcleritis rebelde al tratamiento clásico, uno de ellos con fuerte participación corneal e iridiana, que cedieron de inmediato al comprobarse la existencia de una oxiuriasis que fue tratada a base de yoduro de Ditiazanina y violeta de genciana, no administrándose en uno de ellos (con toda intención) sino el tratamiento antihelmíntico. Queremos hacer notar la *Hipotensión* ocular que en uno de los ojos (el que tuvo participación cornea e iriana) se presentó desde un principio hasta llegar a los 8 mm Hg., misma que a los 15 días de haberse instalado el tratamiento antihelmíntico adecuado, se normalizó por completo.

La curación tan sorprendente y definitiva de los nódulos que se observó al instalarse el tratamiento antiparasitario, nos lleva a la conclusión de que sin duda alguna ésta episcleritis fue provocada por la oxiuriasis activa que a su vez desencadenó fenómenos tóxicos y alérgicos en la episclera. Por último sugerimos la conveniencia de investigar con un poco de más frecuencia, una posible etiología parasitaria en algunas formas de episcleritis.

Tulancingo Hgo. México.
1º de Mayo 311 Pte.