

Consideraciones sobre un caso de tracoma

J. C. Pastor Jimeno

Presentamos un caso de Tracoma, cuya aparición en estas latitudes, y la ausencia de una posible fuente de infección, le confieren un carácter poco común. El tratamiento por Sulfamidas orales, originó en el sujeto un eritema multiforme, que comentamos a continuación.

Las más recientes estadísticas de la OMS, muestran que existen en el mundo actualmente, más de diez millones de ciegos. La mayor parte de estas cegueras están causadas, sobre todo, en los países en vías de desarrollo, por el Tracoma y las infecciones asociadas.

Según las mismas fuentes, se ha estimado que hay en el mundo de 400 a 500 millones de casos de Tracoma.

El Tracoma es endémico todavía en la mayor parte de Africa Septentrional y el Mediterráneo Oriental, y en regiones de Asia, Africa Oriental y Central y Latinoamérica.

Dentro de estas regiones vagamente definidas, existen notables diferencias en el grado de endemidad y de gravedad, indicando claramente la existencia de una relación entre la enfermedad y el nivel de vida.

A pesar de que la OMS atribuye a Es-

paña un porcentaje apreciable en cuanto a casos de Tracoma, lo cierto es que en esta región, salvo un brote esporádico en Tiermas, hace unos años, con motivo de la construcción de un pantano (casos importados), esta afección ocular es desconocida. No es extraño, pues, que los casos que se puedan presentar, constituyan una sorpresa y un problema diagnóstico para los que realizamos los primeros pasos en la especialidad.

En efecto, Thygeson afirma que "el diagnóstico clínico del Tracoma parece un diagnóstico fácil en los países donde la enfermedad es endémica, y difícil, raramente realizado, en todos los demás".

Definimos actualmente el Tracoma (Nataf, 1964), como una queratoconjuntivitis específica, transmisible, de evolución generalmente crónica, caracterizada por la formación de folículos, una hiperplasia papilar, un pannus corneal y lesiones cicatriciales típicas. Su agente patógeno, en la clasificación por el momento admitida, es el denominado *Chlamydozoon trachomatis*, del grupo de agentes P.L.T.

F.M.G. (Historia Clínica 59604)

Varón, 47 años. Casado. Obrero en empresa metalúrgica. El enfermo acude a nuestra consulta por molestias oculares relacionadas con su actividad laboral.

En su trabajo actual, son frecuentes los microtraumatismos oculares, por pequeños cuerpos extraños (esmeril, virutas metálicas, etc.), y coincidiendo con estas lesiones, el enfermo sufre durante unos días episodios de enrojecimiento ocular, discreta fotofobia y lagrimeo.

Natural de Tardelcuende (Soria). Son cuatro hermanos, todos del mismo pueblo. Ambos padres de Soria; su esposa también.

Permaneció durante 37 años en Tardelcuende, realizando íntegramente su servicio militar en Barbastro (Huesca). Después se trasladó a Tafalla donde estuvo 3 años trabajando en una serrería. De allí se trasladó a la empresa donde actualmente desempeña su trabajo. No existen pues antecedentes de posible contagio.

Como antecedentes familiares cabe destacar, que el padre era absolutamente normal en cuanto al aspecto visual. La madre, sin embargo, padeció frecuentes afecciones oculares. Estuvo muchos años ciega (20 a.), sin que el enfermo pueda precisar la causa, y sólo recuerda que fue intervenida de cataratas en los dos ojos.

Entre los antecedentes personales destaca el que hacia los siete u ocho años de edad tuvo los ojos "legañosos", siguiendo un tra-

tamiento con colirios durante algún tiempo. Desde entonces no ha vuelto a tener molestias de ningún tipo.

A la exploración presenta (figs. 1, 2 y 3):

En ambas conjuntivas tarsales superiores, una línea blanca y degada a pocos milímetros por encima del borde libre del párpado, y paralela al mismo.

A lo largo de dicha línea se distingue una especie de surco o depresión de la conjuntiva y el tarso.

Conjuntiva tarsal hiperémica y engrosada con estrechas manchas blanquecinas (cordones cicatriciales), entre cuyas mallas se distinguen islotes rojos de mucosa.

Granulaciones y diminutos folículos en conjuntiva tarsal superior, alguno de los cuales se encuentra calcificado.

Asas vasculares (pannus) en ambas córneas entre el epitelio y la membrana de Bowman, y que se observan mejor



Fig. 1 — Aspecto de la conjuntiva tarsal superior. Obsérvese la cicatriz horizontal a nivel del surco subtarsal.

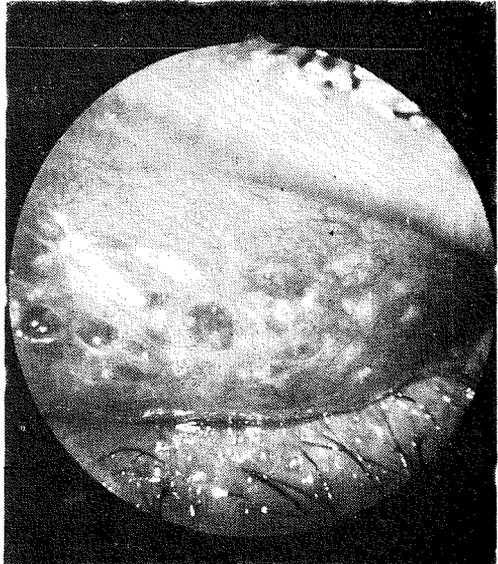


Fig. 2 — Conjuntiva tarsal superior. Granulaciones y cicatrices tracomatosas. Zonas blanquecinas de calcificación.

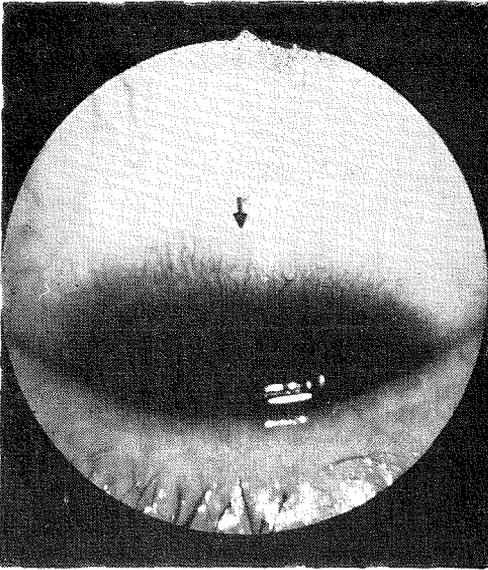


Fig. 3 — Pannus tracomatoso típico. Invasión de parte superior de córnea. Formado, sobre todo, por vasos superficiales de origen conjuntival.

reflejando la luz de la lámpara de hendidura sobre el iris, y enfocado el sistema óptico en la córnea.

El resto de la exploración oftalmológica es normal, sin que se aprecie ni entropion, ni simblefaron posterior.

El diagnóstico de presunción fue: Tracoma.

Como pruebas auxiliares de diagnóstico se realizaron:

- Pruebas hematimétricas de rutina.
- Estudio microbiológico de raspado conjuntival (Frotis).
- Proteinograma en lágrima.
- I.D.R. en lágrima.

La tinción de Giemsa dio como resultado la identificación de algunos cuerpos de inclusión, aunque no se pudo visualizar ningún corpúsculo de Prowaczek-Halbertadter. Aumento de la fracción gamma del proteinograma en lágrima.

El diagnóstico definitivo fue: Tracoma en período III (precicatricial).

Los episodios de molestias oculares que padecía el enfermo pueden atribuirse, sin duda alguna, a la exacerbación del proceso crónico tracomatoso, por los pequeños traumatismos a los que está sometido en su trabajo.

Como tratamiento le recomendamos:

- Instilación local de sulfamidas (colirio cloramfenicol-sulfamídico).
- Administración general de sulfamidas de acción retardada. A las 48 horas de haber comenzado con este tratamiento, el enfermo acude nuevamente a nuestra consulta. Refiere que sólo se ha instilado el colirio en el ojo izquierdo, porque era el que más le molestaba.

Al poco tiempo de la instilación, notó un intenso enrojecimiento ocular, que se acompañaba de una sensación de "ardor" y picor, causando intensa fotofobia y lagrimeo.

A pesar de las molestias, el enfermo continuó con el tratamiento, notando exacerbación de las molestias con cada nueva aplicación. Así mismo, ingirió la primera dosis del tratamiento general (2 gramos de Sulfapiracin-Metaxina).

Horas antes de su visita, el enfermo ha comenzado a sentir intenso prurito generalizado, acentuándose sus molestias oculares.

El enfermo presenta intenso edema palpebral, acompañado de severa inyección conjuntival en ojo izquierdo (fig. 4 y 5). Presenta, así mismo, lesiones cutáneas eritematosas y ampollosas, sobre todo en cara dorsal de las manos, dorso de los pies, antebrazos, muñecas, codos, rodillas, y caras laterales del cuello.

No observamos lesiones mucosas pluriorificiales, aunque sí se observan algunas manchas sobre los pómulos (alrededor de los ojos).

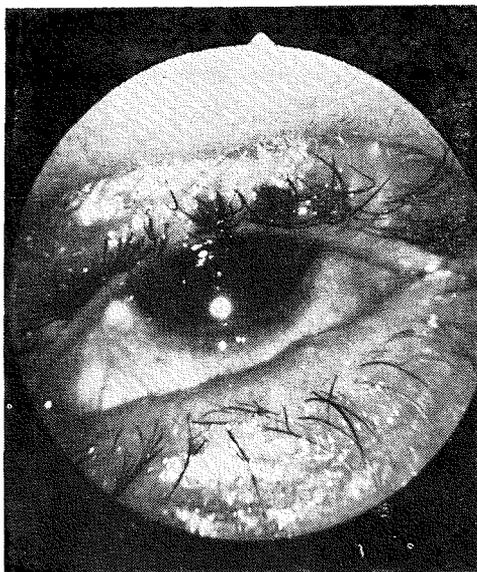


Fig. 4 — Ojo izquierdo. Obsérvese el intenso edema y la inyección conjuntival. Halo críematoso alrededor del ojo.

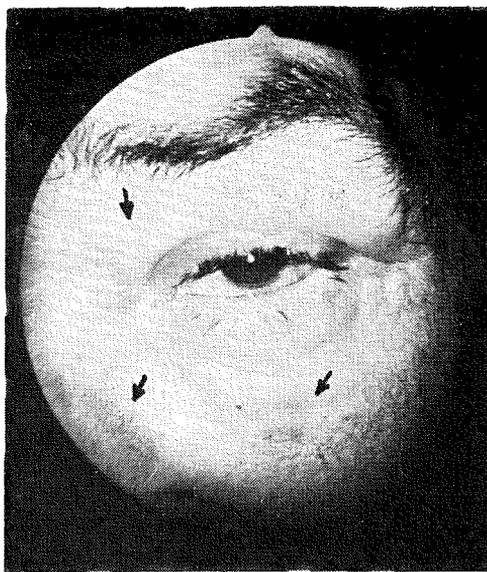


Fig. 5 — Ojo izquierdo. Cuarto día del tratamiento con Prednisona y antihistamínicos. Aún persisten lesiones eritematosas en cara.

El enfermo no ha notado ninguna alteración de tipo digestivo o respiratorio que nos haga pensar en otras localizaciones de las lesiones.

Aunque tuvo cierta astenia, no manifestó en ningún momento dolores articulares, ni cree que durante el proceso haya tenido fiebre.

Diagnosticado de Eritema Multiforme Exudativo, producido por las sulfamidas, fue tratado inmediatamente con Prednisona y antihistamínicos, suprimiendo naturalmente el tratamiento sulfamídico.

El cuadro remitió favorablemente a los cuatro días.

El tratamiento fue sustituido por: —Administración local de Aureomicina. —Ad-

ministración vía general de Tetraciclina. Al cabo de tres semanas de tratamiento, el enfermo se encuentra mucho mejor de sus molestias, y creemos que la detención de su proceso tracomatoso es un hecho.

Dado el carácter familiar, estudiamos cuidadosamente a la esposa e hijos, practicándole a todos un estudio microbiológico de raspado conjuntival, sin que hayamos encontrado nada anormal.

Este caso ha constituido para nosotros una fuente de estudio y aprendizaje, y, sobre todo, nos ha ratificado la importancia de tener siempre presente lo raro, inédito o poco común; ya que es cierto que sólo se diagnostica aquello en lo que se piensa.

BIBLIOGRAFÍA

- BONAMOUR, G. *En Progrés en Ophtalmologia* (Louis Peufique). Capítulo I, págs. 13-53. Ediciones Médicas Flammarion, París, 1968.
- CARRERAS, B. *Introducción a la Oftalmología*. Editorial Labor, Barcelona, 1961.
- CRISP, L. H. *Dermatologic Allergy*, W. B. Saunders Company, Philadelphia, 1967.
- FUCHS, E. *Oftalmología*, Editorial Labor, Barcelona, 1958.
- GARTMANN, H. *Prac. Diar.* 2 (3): 29, 1973. Ed. Científico-Médica, Barcelona, 1973
- HANSEN, K. y WERNER, M. *Alergia Clínica*, Salvat Editores, Barcelona, 1970.
- HARRISON, S. *Principles of Internal Medicine*, Kogakusha Co. Ltd. Tokyo, 1970.
- MAY, *Manual de las enfermedades de los ojos*, Salvat Editores, Barcelona, 1969.
- SARAUX, H. y BIAIS, B. *Précis D'Ophtalmologie*. Masson, Paris, 1969.
- SCHEIE, A. *Oftalmología de Adler*. Interamericana, México, 1972.
- THIEL, R. *Atlas de Patología ocular*. Salvat Editores, Barcelona, 1964.

