

Atrofia o amaurosis posthemorrágica

Dres. Angel y Ramón Sánchez-Palencia Relaño

Del Servicio de Oftalmología del Hospital Provincial

Jaén

Caso clínico.—El caso motivo de este trabajo es ya antiguo en nuestra casuística; data del año 1955, pero nos llamó poderosamente la atención no sólo desde el punto de vista clínico, pues era el primero que veíamos, y hasta la fecha no lo hemos vuelto a ver, sino también desde el punto de vista emocional, pues se trataba de un sujeto relativamente joven que en plena actividad vital se quedó ciego en cuestión de dos días exactamente. Todos estos factores hicieron que archivásemos la historia clínica de este enfermo, con miras a publicarla en su día y comentar el caso, y, aunque tarde, este momento ha llegado.

Enfermo: F. J. R., de Martos, de cuarenta y nueve años de edad, casado.

Antecedentes familiares.—Sin interés.

Antecedentes personales.—Desde hace quince años padece del estómago, habiendo sido diagnosticado de úlcera gastroduodenal, y, como consecuencia de ello, tiene con frecuencia hematemesis de repetición. Resto, sin interés.

Enfermedad actual.—Estando ingresado en el hospital por hematemesis repetidas, fuimos llamados de urgencia por presentar pérdida de la visión en la mitad inferior de ambos campos visuales.

Exploración.—Debido a su proceso gástrico, todas las exploraciones hubo que hacerlas en cama sin mover al enfermo.

Visión.—Aunque sin comprobarla con escalas, la visión, al parecer, era normal.

Campimetría.—Hecha a "grosso modo", existía una hemianopsia hori-

zontal de campos inferiores en los dos ojos.

Fondo de ojo.—Era normal en ambos ojos.

Reflejos pupilares.—Eran normales, aunque algo torpes.

Evolución.—Al día siguiente, cuando fuimos a verlo, ya había perdido la visión en ambos ojos, y los datos que recogimos a la exploración eran también poco llamativos; en fondo de ojo sólo encontramos una ligera palidez de ambas papilas y ligero estrechamiento del árbol arterial. Las pupilas estaban en midriasis amaurotica, es decir, había pérdida completa de los reflejos pupilares.

Este caso lo hemos seguido de cerca, pues al principio venía con relativa frecuencia para que se le pusiera tratamiento, pero no se ha conseguido ninguna mejoría.

La atrofia o amaurosis posthemorrágica es una enfermedad rara, como lo prueba el que en la literatura sólo se han descrito unos 500 casos, pero que, no obstante, se conoce desde antiguo, y así, Hipócrates, en sus célebres *Charlas hipocráticas*, ya habla de ella, cuando dice: "Después de vomitar materias negruzcas o sanguinolentas, el enfermo sufre de la cabeza y algunas veces no ve."

La amaurosis posthemorrágica se suele presentar como consecuencia de hemorragias repetidas de tipo médico, no habiéndose descrito ningún

caso a partir de hemorragias por heridas de guerra o accidentes, a pesar de que en estos casos las pérdidas sanguíneas suelen ser mayores. Solamente TERSON ha descrito un caso de amaurosis consecutiva a una sangría de 350 c. c. De todas las hemorragias médicas, las que con más frecuencia dan amaurosis son las hemorragias gastrointestinales; le siguen las uterinas y las epístasis.

Sintomatología.—La amaurosis se puede presentar coincidiendo con la hemorragia o poco tiempo después; pero generalmente se presenta a los dos o tres días de haber tenido lugar las hemorragias, y puede ser unilateral, pero generalmente es bilateral.

El cuadro puede iniciarse con pródromos consistentes en cefaleas, vértigos, dolores orbitarios y fotopsias, y bien a continuación o sin ir precedida de estos pródromos, el enfermo nota la pérdida de la visión en una parte del campo, y ésta puede ir extendiéndose hasta la ceguera. Otras veces la ceguera se presenta desde el primer momento.

Objetivamente, nos encontramos a los enfermos con los ojos muy abiertos, pupila en midriasis y abolición o disminución considerable de los reflejos pupilares.

En el fondo de ojo nos podemos encontrar con tres cuadros distintos:

a) Unas veces no existe nada anormal; esto no es muy frecuente,

pero, por otra parte, suelen ser los casos más favorables.

b) Otras veces, la papila está pálida y los vasos estrechados.

c) Y otras veces existe un edema papilar y las arterias muy estrechadas; de tal forma esto último es llamativo, que el cuadro oftalmológico puede recordar al de la obstrucción de la arteria central de la retina, existiendo la característica mancha rojocereza en la mácula. En los tres casos, la T. A. R. está considerablemente disminuida con respecto a la tensión general, a pesar de que ésta, como consecuencia de las hemorragias, suele estar de por sí bastante disminuida y a esto es a lo que MAGITOR llama "la caída catastrófica de la presión arterial cefálica".

Cabe pensar si estos tres cuadros oftalmoscópicos no son en realidad más que fases de uno mismo; en favor de esto está el que LELIEVRE pudo observar en un caso primero el cuadro de palidez y estrechez de arterias y luego el edema papilar.

Al cabo de unos días se presenta la *atrofia de tipo simple*.

El campo visual tiene mucho interés en estos enfermos; generalmente lo que existe es una *retracción periférica* del campo y *hemianopsias horizontales o verticales*; más frecuentes son las primeras, y, sobre todo, las que afectan al campo inferior, explicándose esto por la acción de la gra-

vedad, que hace que sea más manifiesta la isquemia en la porción superior de la retina.

Pronóstico.—Es malo, pues la mayoría de las veces evoluciona hacia la ceguera, que tiene carácter permanente. Otras veces, sin embargo, pueden quedar con una hemianopsia definitiva y excepcionalmente pueden recuperar por completo la visión.

Patogenia.—El papel de la *isquemia* de la retina es fundamental; esta isquemia, a su vez, estaría favorecida por *espasmos arteriales* provocados por la anoxemia, y el hecho de que estos trastornos isquémicos se presentan en la retina y no en otras partes del organismo, se explica, en primer lugar, por la mayor susceptibilidad de la retina a la anoxia, y, en segundo lugar, porque en el interior del ojo la isquemia es siempre mayor, ya que aquí la presión arterial tiene que vencer el obstáculo de la presión ocular.

Pero aparte de esto, hay que admitir otro factor que explique por qué se presenta la amaurosis en hemorragias médicas y en cambio no se presenta en hemorragias quirúrgicas a pesar de ser más copiosas éstas, y así se piensa en un *factor tóxico* y en lo que ya no se está de acuerdo es sobre la naturaleza de este tóxico. MAGITOR y MAWAS hablan de un *tóxico hepático*, pero se desconoce por completo dicho tóxico y el por qué se produciría en el hígado. Más valor científico tiene la hipótesis de ZAVALÍA, que con-

sidera que este segundo factor que, junto con la isquemia, da lugar a la aparición del cuadro es la *hipoproteïnemia*, que se presenta como consecuencia de pérdidas sanguíneas en sujetos que por presentar ya una organopatía, están ya más o menos debilitados. Como consecuencia de la hipoproteïnemia, disminuye la presión oncótica de la sangre, dando lugar a exudación de líquido produciéndose un cierto edema papilar, y a partir de aquí se forma ya un círculo vicioso, pues el edema papilar trae consigo un éxtasis venoso con una mayor isquemia en el territorio de la retina, aumentando así la permeabilidad capilar y, por tanto, la exudación.

También se ha pensado en la existencia en la sangre de estos enfermos de *sustancias tóxicas de desecho* procedentes de la sangre extravasada.

Anatomía patológica.—ZIEGLER ha conseguido hacer necropsia en un caso, y lo que ha encontrado ha sido degeneración grasa de las células ganglionares y de las fibras nerviosas.

Tratamiento.—Comprende el tratamiento general y el local.

El tratamiento general va encaminado a favorecer el riego sanguíneo de la retina. Se colocará al enfermo en posición de TRENDELEMBUR, e in-

cluso se le pueden poner vendas de ESMARCH en los miembros inferiores. Se le pondrán transfusiones sanguíneas pequeñas, pero repetidas, durante varios días. Se le administrarán vitaminas y extractos hepáticos para mejorar el estado general, y la alimentación ha de ser rica en proteínas.

Como tratamiento local está indicada la pilocarpina, que al disminuir la tensión ocular favorece la entrada de sangre en el ojo; por este motivo se le puede mandar Edemox o Diamox; también por este motivo se le pueden hacer operaciones fistulizantes, así como iridectomías.

BIBLIOGRAFIA

- BERGUIGNAN M., Nicolás: «A propósito de un caso de amaurosis posthemorrágica». *Revis. Oto-Neuro-Oftalmo.*, año 1950.
- BLANCK, J.: «Cécité consecutivé a une hématemese». *Brit. Med. J.*, 1945.
- DOLFUS, CASTEL, SARAUX y BENICHOU: «Un cas de Retrecissement hemianoptique horizontal superieur des deux champs visuels avec nevríte optique post-hémorragique». *Bull. Soc. Ophth.* Francia, 1951.
- HAMBRESIN, L.: *Enciclopedia Medico Chirurgicale.*
- POULARD, A.: *Traité D'Ophthalmologie.*
- NANO: *Fundus Oculi.*