

ECLAMPSIA Y RETINA

Doctor ALFONSO TRIBIN PIEDRAHITA

Hasta hace poco se consideraba un privilegio del oftalmólogo, el examinar el fondo del ojo. Este concepto ha sido revaluado en buena hora, y hoy son numerosos los profesionales que rutinariamente practican este examen, no con el objeto de invadir los dominios del especialista, sino precisamente, para ordenar un examen completo y una indicación terapéutica por parte de éste, al menor sintoma de alteración ocular en el curso de una enfermedad general.

Este examen se hace imprescindible durante el embarazo, pues en multitud de ocasiones permite sospechar estados de toxicosis incipiente que pueden pasar desapercibidos aun después de un examen clínico muy completo.

Si bien podría hacerse una exposición muy extensa sobre este tema, sólo quiero en esta oportunidad referirme a dos entidades que a menudo acompañan las toxicosis gravídicas, especialmente los estados de pre-eclampsia y de eclampsia. Son ellas la retinopatía gravídica y el desprendimiento secundario de la retina.

La primera se presenta tanto en la primigestante como en la multigestante, siendo, sin embargo, más frecuente en esta última. Es rara su aparición antes del sexto mes y alcanza su máxima frecuencia hacia el noveno.

Esta entidad suele hacerse depender de alteraciones renales, pues

frecuentemente se asocian, pero es más aceptable conceptualmente que una y otra son consecuencias de la toxicosis y no la una dependiente de la otra. En muchas ocasiones las alteraciones retinianas se presentan sin que puedan ponerse de manifiesto cambios del lado del riñón (1).

El primer síntoma que debe obligar al control ocular en una embarazada, es el alza de la tensión arterial. Cuando la tensión sistólica empieza a fluctuar entre 150 milímetros de Hg, y adquiere con la diastólica el tipo convergente, es muy frecuente la aparición de fenómenos retinianos, los que se harán más notorios a medida que aumenta la tensión arterial, pues es la severidad de la hipertensión y no el grado de alteración renal lo que determina la mayor o menor intensidad de los cambios oculares.

En un primer período, la paciente experimentará alteraciones pasajeras en la visión, percepción de moscas volantes, algunas veces fenómenos luminosos y pérdidas momentáneas de la agudeza visual. Al examen del fondo del ojo se encontrará un estado angio-espástico difuso, notable especialmente en las pequeñas arteriolas, primero del lado nasal (2), y luego generalizado.

Vienen después los trastornos de esclerosis vascular muy marcados y aparentes y finalmente el cuadro completo de la retinopatía gravídica,

caracterizado por alteraciones espásticas de los vasos, edema del nervio óptico y de la retina, exudados de tipo algodonoso, hemorragias más o menos intensas. Si tal situación se prolonga, aparecerán las manchas de degeneración hialina y lipoide, situadas especialmente alrededor de la mácula formando la clásica figura estelar que describen todos los autores.

Los exudados y las hemorragias dependen de estados de prestasis y peristasis ligados a la arterio-constricción.

Desprendimiento secundario de la retina. En 1885 von Graafe describió el primer caso de desprendimiento retiniano en el curso de una retinopatía gravídica. Posteriormente Helbron, Schiotz, Fry, Foster Moore, Clapp (1), y otros, publicaron alrededor de 150 casos más. Generalmente es bilateral y de acuerdo con las estadísticas de Fry (3), puede alcanzar hasta un 10.4% de los casos de eclampsia. Esta cifra, actualmente un poco alta (Fry hizo su comunicación en 1929), demuestra la necesidad imperiosa de practicar frecuentemente en las embarazadas exámenes oftalmoscópicos.

Dentro de las teorías aceptadas que explican el desprendimiento retiniano, existe la de la exudación que atribuye el clivaje de la retina a una coroiditis serosa o a una hemorragia coroidiana, las que al provocar una exudación abundante, determinarían el desprendimiento. Pero es necesario pensar con Gourfein Welt (4), que la retina también participa, tanto como la coroides, en esta exudación.

En los casos de retinopatía gravídica las lesiones espásticas de los vasos crean estados ya de peristasis en los cuales hay paso muy notorio de suero sanguíneo a través de las paredes vasculares, o aún de verdadera estasis con producción de hemorragias. Si a estas condiciones agregamos lo que podríamos llamar la "intoxicación retiniana" obtendríamos condiciones ideales para un desprendimiento.

La sintomatología subjetiva es variada. A los trastornos que se encuentran en el primer estado de retinopatía, suelen agregarse fotopsias más notorias, deformaciones de los objetos, ya en su forma o tamaño y disminución o pérdida de la visión útil de acuerdo con la extensión del desprendimiento. El examen objetivo muestra edema marcado de los párpados y de la cara y al oftalmoscopio encontraremos un cuadro bastante característico: alteraciones vasculares y un levantamiento que se desplaza con los movimientos oculares, de color gris claro o azulado, más o menos grande, localizado en las porciones inferiores de la retina.

El diagnóstico precoz de estas entidades es de inapreciable valor, ya que de él dependen la conservación de la función visual en la madre y la supervivencia de su hijo. Un tratamiento oportuno permite actualmente controlar la mayor parte de las veces las alteraciones retinianas, mientras que un descuido por examen incompleto puede acarrear hasta la interrupción del embarazo. Es, a mi modo de ver, una obligación del obstetra, el familiarizarse con el empleo del oftalmoscopio, aparato que

le ayudará inmensamente en la conservación de la salud de sus pacientes.

El pronóstico de estas dos entidades, lo repito, depende en alto grado del diagnóstico oportuno, de la intensidad y extensión de las lesiones. En algunos casos, opinan los diferentes autores (5), es necesario interrumpir el embarazo para evitar la ceguera de la madre.

El pronóstico "quod vitam" es en general favorable, o por lo menos nunca tan grave como en las retinopatías de origen renal.

Dos historias clínicas enseñan lo anteriormente descrito.

Número 1—M. del C. M. Historia 64606 de la Consulta Externa de Organos de los Sentidos. Hospital San Juan de Dios. Enferma de 25 años, consulta por pérdida de la agudeza visual. Manifiesta que hacia el noveno mes del embarazo empezó a notar que veía mal, pero no se preocupó, pues lo creía natural.

En su cuarto embarazo. Los tres anteriores habían sido normales y a término. Durante este último, dice que presentó cefaleas constantes, edema de las extremidades y de los párpados y convulsiones. Veinte días después del parto, las manifestaciones oculares se hicieron más notorias y progresivas especialmente en el ojo derecho, hasta el extremo de no percibir más que la luz.

Al examen se aprecia un mal estado general, hiponutrición, edema de las extremidades. Tensión arterial 200×140 ; 76 pulsaciones; 22 respiraciones por minuto.

La agudeza visual se encuentra reducida a percepción y proyección luminosas por el ojo derecho y a sombras a 20 centímetros por el iz-

quierdo. La pupila reacciona muy perezosamente a la luz. El fondo del ojo derecho muestra una constricción arteriolar difusa, con presencia de exudados, placas degenerativas, estrella macular, hemorragias superficiales. El fondo del ojo izquierdo no deja ver aún la estrella macular, pero sí exudados, hemorragias y arterio-constricción.

Los exámenes de laboratorio practicados muestran: azohemia 0.24 por 1.000 y glicemia 0.77 por 1.000 (número 04503); orina (04519); albúmina, 0.20 centigramos; úrea, 11.40; cloruros, 12 gramos por 1.000; fosfatos, 2.1. El sedimento es normal.

Esta enferma no recibió atención médica durante este embarazo, pues en caso contrario, es muy posible que su situación fuera otra.

Obs. número 2—B. de M. Historia clínica número 986 de la Clínica La Magdalena.

Primigestante, con un embarazo de $5\frac{1}{2}$ a 6 meses, es hospitalizada por cefaleas, vértigos, hipertensión, edemas y albuminuria. Se le hace el diagnóstico de pre-eclampsia.

Antecedentes: miopía, hipertensión de 150×10 .

Manifiesta que es su primer embarazo, durante el cual ha tenido cefaleas rebeldes, vómitos, vértigos, edema. Igualmente manifiesta que le han practicado varios exámenes de orina con resultado positivo para albúmina.

Entra a la Clínica el 5 de diciembre de 1949 a las 9 p. m. A las dos de la mañana del 6, empieza una eclampsia franca. Dos días después la paciente ha perdido considerablemente la visión, de manera tal que la agudeza visual por el O. D. es de

dedos a 50 centímetros y por el O. I. de dedos a 20 centímetros. Vista por varios especialistas competentes, unánimemente diagnostican un desprendimiento bilateral de la retina, simétrico, extenso, localizado en los sectores inferiores de ambas retinas, acompañado de retinopatía marcada, con exudados y hemorragias.

La tensión arterial es de 200 X 140. (La misma del primer caso). Los exámenes de orina practicados en varias oportunidades, muestran una albuminuria intensa, que poco a poco y con el tratamiento va cediendo. (Inicialmente fue de 28 gramos por 1.000, el 6 de diciembre y

de 0.30 el 23 del mismo mes). Este caso terminó en aborto espontáneo, con regresión de las lesiones oculares.

Bibliografía.

- (1) **Text-Book of Ophthalmology.** Duke-Elder. Tomo III páginas 2723, 24, 25.
- (2) Herman Elwyn. **Diseases of the Retina,** páginas 91, 526.
- (3) Fry. **Arch. of Opht.** 609, 1929.
- (4) Gourfein Wela, citado por Duke-Elder.
- (5) Raúl Argañaraz. **Manual Práctico de Oftalmología,** página 773. Tercera Edición.

Conducta en el desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada

Por el doctor JAIME CORRAL MALDONADO
Ex-Jefe de Clínica Obstétrica

Si se incluyen los casos leves de desprendimiento prematuro de la placenta, esta complicación, que tiene gravísimas repercusiones sobre la vida del feto y pone en peligro la vida y la salud de la madre, suele ser más frecuente de lo que generalmente se cree. En 3.131 partos ocurridos en el Servicio de Maternidad del Hospital San Juan de Dios a cargo del Profesor V. Rodríguez Aponte, durante los años de 1947 y 1948, y siendo yo su Jefe de Clínica, tuve oportunidad de observar y tratar siete casos de desprendimiento prematuro de la placenta normal-

mente insertada. Estos siete casos me han servido de base para escribir este artículo y hacer algunas consideraciones acerca de la conducta obstétrica en tan grave complicación del embarazo.

En la práctica suelen distinguirse tipos graves y tipos leves de desprendimiento placentario; los primeros se presentan por lo general en los últimos tres meses de la gestación y en muchos casos tienen un origen toxémico; los segundos, que son los más frecuentes, acontecen durante el parto y probablemente son de origen mecánico.