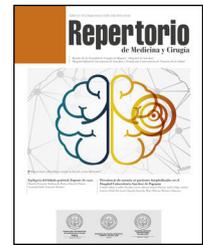




Repertorio de Medicina y Cirugía

www.elsevier.es/repertorio



Historia de la medicina - Repertorio de antaño

Conjuntivitis calcárea crónica^{☆,☆☆}



Calcareous chronic conjunctivitis

Arturo Arboleda^{a,b}

^a Academia Nacional de Medicina, Bogotá D.C., Colombia

^b Hospital de la Misericordia, Bogotá D.C., Colombia

Al hacer sistemáticamente el examen de la conjuntiva en mis enfermos, y muy especialmente en aquellos que adolecen de vicios de refracción, he observado una afección conjuntival caracterizada por la presencia de corpúsculos calcáreos incrustados en el tejido de la conjuntiva palpebral.

Sintomatología. Cuando se baja el párpado inferior o se voltea el párpado superior, se ven en diversos puntos de la conjuntiva palpebral, tanto en el borde palpebral como sobre el tarso y muy rara vez en el fondo de saco, unos corpúsculos más o menos del tamaño de una cabeza de alfiler, de color blanco amarillento y de consistencia dura, petrosa, que levantan la mucosa, siendo verdaderos cuerpos extraños incrustados dentro de la misma conjuntiva.

Cuando se encuentran en pequeño número y volumen no causan molestia alguna, pero en muchos casos, cuando aumentan, se producen fenómenos inflamatorios ligeros, tales como rubicundez, un poco de secreción conjuntival que no es bastante para producir la aglutinación de los párpados, y algo de fotofobia y lagrimeo.

Estos brotes agudos sobrevienen de tiempo en tiempo, sin que acontezca esto en períodos fijos. El enfermo incrimina por lo general al polvo, al sol, y sobre todo a la fatiga de los ojos cuando ha tenido que leer o escribir mucho, especialmente con alumbrado artificial.

Estas incrustaciones calcáreas muy rara vez (solo he visto un caso en que no había sino una sola en el párpado inferior) desaparecen por sí solas sin dejar cicatriz. Por lo general son permanentes y no desaparecen sino cuando la mano del cirujano las quita.

La conjuntiva bulbar nunca toma parte en el proceso y la córnea permanece siempre intacta. La afección casi siempre es bilateral.

Después de curada la enfermedad por los medios quirúrgicos, persiste siempre una tendencia a las recaídas.

Anatomía patológica. Cuando se hace una incisión en la conjuntiva y se pasa la cureta o se toca la granulación con una pinza, se experimenta la sensación de haber tomado un pedazo de piedra. Las concreciones son duras, arenosas: comprimidas entre lámina y laminilla, se aplanan con dificultad; son insolubles en el agua.

En los frotis tratados por los colorantes habituales de laboratorio—violeta de genciana, azul de metileno, hematoxilina y azul de Leischamn— solo se ven células epiteliales, leucocitos polinucleares y grasa. No se ve ningún microorganismo.

Tratadas las concreciones por reactivos apropiados, se ve que fuera de los elementos celulares arriba enumerados están compuestas casi en su mayor parte por carbonato de cal.

Es muy probable que estas concreciones se desarrollen a expensas de las glándulas de Kause, de las pseudoglándulas de Henle o de pequeños elementos glandulares anormales que tan frecuentemente se desarrollan en el tejido conjuntival. En el resto de la conjuntiva se observa un estado de inflamación crónica.

En resumen: los únicos elementos importantes, desde el punto de vista anatomopatológico, son los datos proporcionados por reacciones histoquímicas, que demuestran que las concreciones están casi exclusivamente formadas por sales de cal, especialmente carbonatos.

[☆] Trabajo presentado al 2.º Congreso médico nacional, Medellín, 1913.

^{☆☆} Tomado del Repertorio de Medicina y Cirugía Vol. IV N° 1 de 15 de octubre de 1912.

<https://doi.org/10.1016/j.reper.2017.08.007>

0121-7372/© 2017 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud-FUCS. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Etiología. La afección se observa generalmente en la adolescencia y en la edad adulta, siendo igualmente atacados ambos sexos: se ve con mayor frecuencia en las clases acomodadas que en las pobres. Su frecuencia es grande: cuando me propuse hacer un estudio entre 500 individuos atacados de enfermedades oculares, encontré 20 casos, o sea un 4%. (Esto en Bogotá, en Europa no he observado esta afección).

Las demás nociones etiológicas son muy vagas: los cultivos hechos en los medios habituales de laboratorio y las inoculaciones y frotis hechos en la conjuntiva del conejo, no han dado resultado alguno.

En una ocasión hice en suero fisiológico una emulsión del producto del raspado de las concreciones calcáreas y la inyecté en la cámara anterior del ojo de un conejo. Al día siguiente se formó en el campo pupilar un exudado blanco que comenzó a reabsorberse a los 2 días, no quedando rastros de él al cabo de una semana. En otros casos en que este exudado se ha formado, lo he encontrado estéril, y creo que no sea debido sino a una simple reacción inflamatoria producida por los corpúsculos de carbonato de cal y las células que en tal caso obrarían como lo hiciera cualquier otro cuerpo extraño introducido en la cámara anterior.

Diagnóstico. No se confundirá esta afección con la llamada litiasis conjuntival que se forma en la conjuntiva tarsiana, y cuyo examen stoquímico nunca revela la existencia de sales de cal; lo mismo sucede con los diacriolitos de la conjuntiva.

La conjuntivitis petrificante de Leber se parece un poco, pero esta está localizada especialmente en el fondo de saco y

ataca la conjuntiva bulbar; las lesiones se ulceran y se descaman, y aunque con el microscopio se ven infiltraciones celulares de sales de cal, nunca se forman concreciones duras de la consistencia y del tamaño de las que hemos observado en la presente afección, que proponemos llamar *conjuntivitis calcárea crónica*. Las complicaciones córneas graves que describe Leber en su conjuntivitis no se observan tampoco en la conjuntivitis calcárea crónica.

Pronóstico. Es benigno en cuanto a que la visión no se altera, y corregidos los vicios de refracción y operadas las granulaciones, el paciente se alivia. Las recaídas son la regla.

Tratamiento. El tratamiento médico por el sulfato de zinc, el sulfato de cobre, las sales de plata y el mercurio, no dan resultado alguno. El único tratamiento del cual hemos obtenido buenos resultados es el quirúrgico. Consiste este en previa anestesia con cocaína y adrenalina, hacer al nivel de las concreciones calcáreas una escarificación con un cuchillo fino o con el escarificador de Desmarres y luego raspar con una cureta. La operación no es dolorosa, y a los 2 días se puede quitar la curación. Contra el ligero estado inflamatorio que queda en los días siguientes pueden aplicarse compresas borricadas calientes y algunas gotas de colirio de sulfato de zinc al 2%.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.