

¿Midriásicos o miósicos en la perforación de la córnea?

por el Dr. MANUEL MARQUEZ

Profesor de Oftalmología de la Facultad de Medicina de Madrid

En las afecciones, traumáticas o no, del globo ocular que interesan la córnea y que la perforan o amenazan perforarla, el primer problema terapéutico que surge es el del empleo de los midriásicos o de los miósicos, siendo preferibles unos u otros según los casos, y teniendo el clínico que atenerse a criterios diferentes que, combinados según los casos, nos llevarán en cada uno de éstos a sentar indicaciones.

Dichos criterios son tres: *sitio* de la lesión, *profundidad* de la misma y existencia o no de *complicaciones*.

Las soluciones teóricamente serían éstas: En cuanto al *sitio*, en caso de lesión perforante, los *midriásicos* serían preferibles en las lesiones *centrales* y los *miósicos* en las *periféricas*. Respecto a la *profundidad*, si ésta es grande y con tendencia a progresar, serían preferibles los *miósicos hipotensores*, mientras que los *midriásicos hipertensores* estarían contraindicados, y por el contrario indicados por otros motivos en las lesiones superficiales, ya que el aumento en la presión intraocular que producen no ejercería influencia alguna en estos casos. Por las *complicaciones* ya existentes o de probable aparición, los *midriásicos* estarían indicados en los casos de *iritis*, acompañadas casi siempre de *miosis*, y los *miósicos* en los casos de *glaucoma*, de los que la *midriasis* y el *aumento de tensión* son los principales síntomas, los cuales pueden ser neutralizados por la *miosis* y la *hipotensión* que los *miósicos* producen.

Tales son, como decimos, las soluciones *teóricas*, pero en la realidad esto merece todavía aclaraciones a las mismas y además establecer los motivos de las preferencias en virtud de las cuales se hayan de emplear tal

o cual de estas medicaciones cuando las indicaciones sean contradictorias.

Analicemos, pues, un poco a fondo los diversos casos :

1.º Sitio. Cuando la perforación se produce, el primer fenómeno que ocurre es la salida del humor acuoso, y, a continuación, una de estas tres cosas : o simple *adherencia* del iris a la capa posterior de la córnea (*sinequia anterior*) o *enclavamiento* en el espesor de la córnea, sin asomar a la superficie, o bien *hernia* de una porción mayor o menor del iris. Todas estas gradaciones dependen de la extensión sucesivamente creciente en superficie y en profundidad. Tampoco es lo mismo que la perforación se haya verificado hallándose el iris en miosis o en midriasis en relación con el sitio central o periférico de la perforación.

Las circunstancias más *desfavorables* son : perforación *periférica* ha-

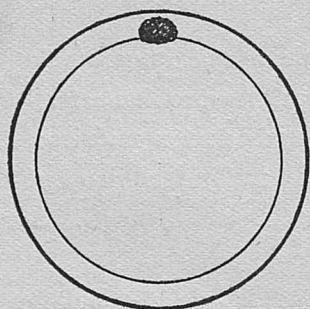


Fig. 1

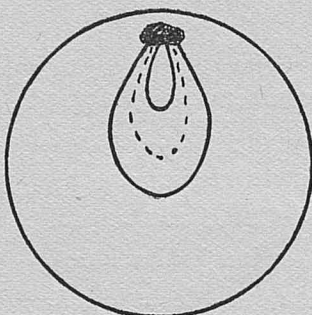


Fig. 2

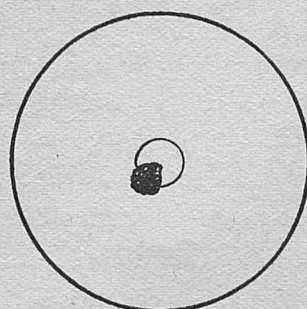


Fig. 3

llándose el iris en midriasis y perforación *central* hallándose el mismo órgano en miosis. En efecto, en la perforación periférica en midriasis se adhiere, enclava o hernia *todo el iris* (fig. 1), haciéndose después muy difícil la miosis provocada, ya que el esfínter está muy lejos del centro (figura 2).

Asimismo en la perforación central o paracentral, si el iris se encuentra en *miosis*, se dan también las circunstancias más desfavorables (figura 3), pues entonces se adhiere, enclava o hernia la porción más próxima al esfínter, y en estas circunstancias si queremos emplear los midriásicos no se dilatará la pupila o lo hará muy difícilmente si la perforación no es del todo central (fig. 4), siendo un caso análogo y aunque inverso al de la figura 2. Si la perforación fuese muy pequeña y completamente central (figura 5), puede hacerse la dilatación de la pupila sin dificultad (fig. 6). En cambio en el caso de una perforación central más extensa (fig. 7) la adherencia, enclavamiento o hernia produce la falta absoluta (fig. 8) de

¿MIDRIASICOS O MIOSICOS EN LA PERFORACION DE LA CORNEA?

midriasis, provocada por hallarse totalmente adheridos el esfínter del iris o la córnea.

Las circunstancias *favorables*, por el contrario, son la perforación *central* en midriasis o la *periférica* en miosis. En efecto, en la perforación central en midriasis, la pupila puede no ser afectada por los miósicos en su

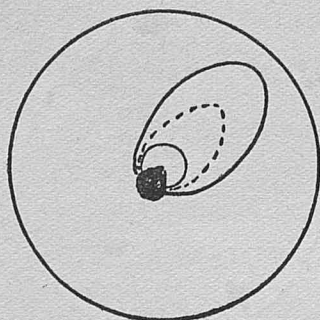


Fig. 4

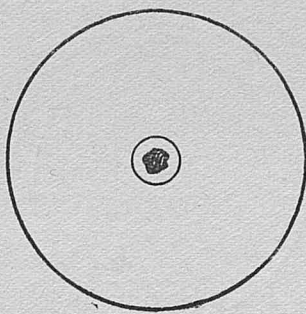


Fig. 5

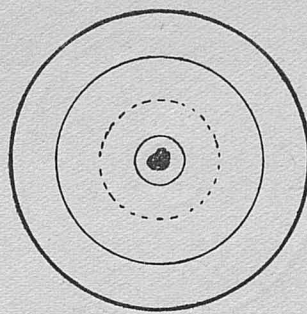
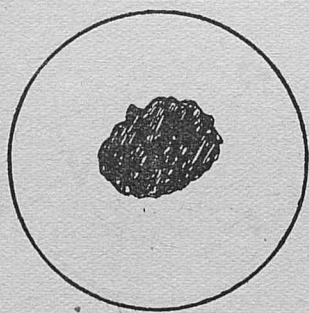


Fig. 6

forma ni en sus dimensiones (fig. 10). En la perforación periférica con el iris en miosis (fig. 11), siquiera no se pueda evitar la adherencia, enclavamiento o hernia, ello se hará en las *menos malas* condiciones posibles, puesto que al provocarse la midriasis apenas se conocerá que en el sitio de la perforación la dilatación pupilar es algo menor (fig. 12) que en el resto del contorno de bilis. Si la extensión de la perforación fuese ya muy grande, y por tanto también el enclavamiento o la hernia (fig. 13), como ocurre a



Figs. 7 y 8

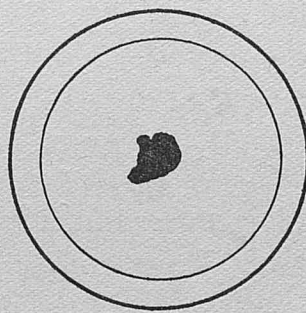


Fig. 9

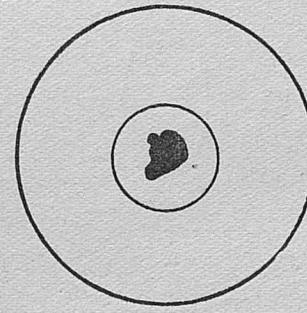


Fig. 10

veces después de la operación de la catarata, los midriásicos pueden dilatar un poco la pupila (fig. 14), mientras que los miósicos (fig. 15) sólo lograrían llevar la pupila hacia el sitio donde esté el enclavamiento o la hernia, por ser éste entonces el *punto fijo* del iris, y por tanto la pupila más hacia el centro de la córnea bajo la acción del miósico (fig. 16).

Otro aspecto de las perforaciones corneales es la *influencia sobre la tensión ocular*, en relación con el empleo de midriásicos y miósicos. Ya hemos dicho que, un poco teóricamente, los *miósicos* son *hipotensores* y los midriásicos hipertensores *en estado normal*, mientras que las acciones hiper o hipotónica se hacen notar más en ojos hipo o hipertónicos, siguiendo

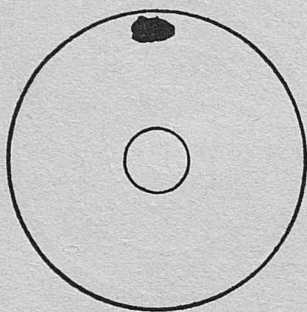


Fig. 11

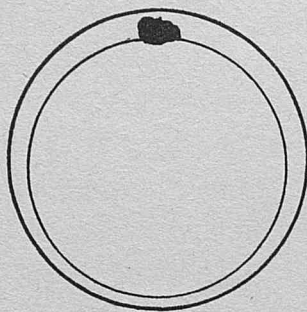


Fig. 12

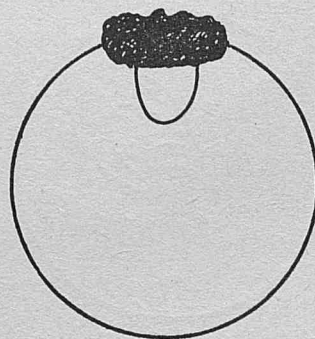


Fig. 13

aquella ley farmacológica de Gubler de que «la acción de un medicamento es tanto mayor o menor cuanto más o menos desviado se encuentra el órgano del sentido en que obra la sustancia»; así en el glaucoma primitivo agudo, con gran hipertensión los miósicos disminuyen bastante la tensión; mas no en el ojo normal, lo cual quiere decir que en los casos de córneas en inminencia de perforación, hay que contar muy poco sobre la eficacia

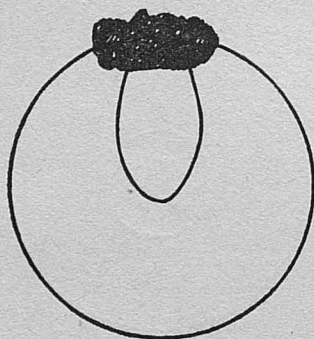


Fig. 14

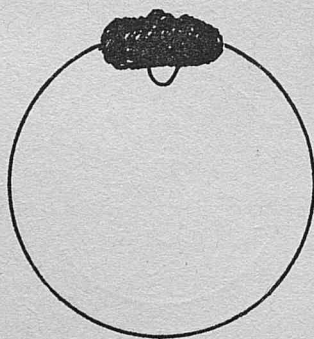


Fig. 15

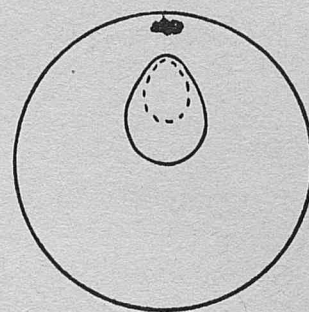


Fig. 16

hipotonizante de los miósicos, y la acción hipertonzante de los midriásicos será también un factor casi despreciable, habiendo necesidad de saber ambas cosas por si por otros motivos *más poderosos* estuviesen indicados los midriásicos o los miósicos, atender a estos otros motivos de preferencia (Véase después: ley «del mal menor»).

¿MIDRIÁSICOS O MIOSÍCOS EN LA PERFORACION DE LA CORNEA?

Las adherencias del iris a la córnea en la periferia consecutivas a la perforación pueden engendrar la hipertonía ocular por disminución del ángulo de filtración iridocorneal en una gran extensión, y, por otra parte, en las adherencias ya constituídas puede engendrarse una hipertonía secundaria, y tanto en un caso como en otro los miósicos se hallarán indicados para desobstruir un poco el ángulo y facilitar el desagüe del humor acuoso por adelgazamiento del iris y mayor abertura de dicho ángulo.

Respecto a la posibilidad de perforación de la córnea, independientemente del sitio en que esto ocurra y en relación con el aumento o disminución de presión interna, diremos que dicha influencia es prácticamente despreciable, ya por la escasa actividad hipertónica o hipotónica de midriásicos o miósicos, fuera de las complicaciones que en seguida se dirán, ya porque el proceso destructivo tampoco es influenciado por los mismos, habiendo la perforación de producirse indefectiblemente si la lesión progresa en profundidad.

La tercer circunstancia que decide del empleo de los midriásicos o miósicos es la *existencia de complicaciones*, tales como la iritis para los midriásicos o la hipertensión para los miósicos.

Esta circunstancia es principalmente importante —a tal punto que es la que domina en el empleo de los midriásicos— en el primer caso, o sea ante la presencia o simplemente la posibilidad de iritis. En estos casos la indicación fundamental, con arreglo a la *ley del mal menor*, es la del empleo de los midriásicos, aunque éstos puedan estar contraindicados, por ejemplo, por el sitio periférico de la lesión perforante. Esta era la opinión de aquél gran clínico que fué el doctor Albitos, mi maestro; así lo defendió también la doctora Arroyo en un trabajo (1), y así lo pienso yo desde que vi un caso tratado por otro colega en el Hospital del Buen Suceso, y que me quedó grabado para siempre el desastroso resultado del empleo de los miósicos. Se trataba de un enfermo en el que se perforó la córnea en la periferia y se produjo una hernia del iris. El colega que le trataba empleó los miósicos, eserina y pilocarpina, con la idea lógica de hacer entrar el iris en la cámara anterior. No se logró este resultado por las adherencias al nivel del borde de la perforación, produciéndose, en cambio, la oclusión de la pupila por exudados, favorecida por la pequeñez de la misma en miosis. En cambio, he visto a veces en casos de enclavamiento o hernia

(1) *Del empleo preferente de los midriásicos en las perforaciones corneales* (Cong. Inst. de Oftal., Nápoles, 1909).

periférica del iris, por ejemplo, postoperatorios de catarata en los que el empleo persistente de los midriásicos ha conducido a que tirando el iris hacia el lado opuesto a la perforación por la midriasis e impidiendo además ésta que la pupila se ocluya, haber obtenido resultados bastante satisfactorios a pesar del enclavamiento periférico del iris, puesto que entre por una parte la formación de sinequias posteriores y la oclusión de la pupila, y por otra la producción de las sinequias anteriores o aumento del enclavamiento y la conservación de la pupila, no cabe duda de que esto último es *el mal menor*, y ello se logra merced al empleo de los midriásicos.

En cuanto a la aparición de glaucomas secundarios diversos, cuyo síntoma común es la hipertonía, nos conducirá al empleo de los miósicos; si bien este caso ni es tan frecuente ni tan claro como el de los midriásicos en las complicaciones iríticas que domina el cuadro clínico hasta hacer de ellas la complicación más importante y a la que hay que atender de preferencia.

Tales son esquemáticamente indicados los motivos principales, jamás expuestos en los libros, del empleo o de la abstención de midriásicos o miósicos. Teniéndoles presentes y pesando mentalmente sus ventajas e inconvenientes, se podrá resolver en cada caso el problema clínico.