

Sesión del 27 de febrero de 1925

Presidencia del DOCTOR RIBAS PERDIGÓ

Los senos nasales posteriores en sus relaciones con la neuritis óptica retrobulbar

Por el DOCTOR LUIS SUÑÉ MEDÁN

No consideraba oportuno dar mi opinión respecto de asunto tan interesante hasta poder aportar casos clínicos bien estudiados que en la actualidad tengo en observación. Pero, atentamente invitado por el doctor Menacho para exponer mi criterio como rinólogo, no puedo substraerme al ruego de mi distinguido compañero, por lo que me permitiré desarrollar algunos puntos sobre el papel que juegan las cavidades posteriores de las fosas nasales en el expresado trastorno óptico.

El hecho de hallarse la órbita rodeada de expansiones o prolongaciones cavitarias de las fosas nasales, la pared superior en relación con los senos frontales, la interna con las células etmoidales y senos esfenoidales y la interior con el antro maxilar, explica la fácil repercusión que pueden tener las lesiones de dichas cavidades sobre el continente y contenido del hueco orbitario, y viceversa. Aun es más: cierto cortejo de complicaciones hacia el endocráneo dando lugar a síntomas que muchas veces requieren la intervención del neurólogo para esclarecer dudas diagnósticas, todo ello conduce a la necesidad que actualmente existe de la cooperación mutua o estrecha entre rinólogos, oculistas y neurólogos en el estudio de tales procesos. No es de extrañar, pues, que en Estrasburgo y en Roma se hayan fundado asociaciones otoneurooculísticas y que hayan salido a luz revistas profesionales que reúnen las tres especialidades en una sola publicación.

Se conocen muchos trabajos (Vacher, Denis, Schmiegelow, Prof. de Lapersonne, Citelli, Lemaitre, etc.) sobre varias afecciones nasales y sinusales, que alcanzan sus efectos (por contigüidad, proximidad, relaciones vasculares o nerviosas) en la región óculoorbitaria, como piosinusitis, abscesos, tumores, engendrando lesiones osteorbitarias, alteraciones visuales, papilitis, *neuritis retrobulbar*, etc. En todos estos casos se comprende la etiología del trastorno ocular desde el momento en que la enfermedad nasal es bien manifiesta, y sobre ello no hemos de insistir.

Sólo nos ocuparemos hoy de esa afección tan importante como la *neuritis retrobulbar*, enfermedad grave, de marcha progresiva a veces muy rápida y capaz de conducir a la ceguera completa. Pero precisa hacer constar que no entra en nuestra especial investigación clínica el conocimiento de dicho trastorno en los casos en que se conoce la causa de índole general determinante del mismo (sífilis, esclerosis en placas, alcoholismo, tabaquismo, etc.), que el oftalmólogo procurará dilucidar siempre por todos los medios clínicos y de laboratorio posibles. Sólo cuando aquél haya apurado los expresados medios, con resultado negativo, y haya fracasado toda terapéutica inicial empleada al efecto, entonces es cuando requerirá la cooperación del rinólogo. Es de comprender que deberá evitarse un *excesivo tiempo de observación*, que el oculista tendrá en cuenta prudentemente, esto es, antes de presentarse la atrofia óptica.

¿Qué hallará el rinólogo en tales circunstancias? Tres casos pueden ocurrir:

1.º La existencia bien comprobada de una sinusitis maxilar frontoetmoidal, o sospechas de una esfenoidal.

2.º Senos perineales claros a la diafanoscopia. Cierta secreción poco abundante, no purulenta, de la pituitaria, especialmente al nivel del cornete medio, acompañada de ligera hiperemia de la mucosa. Una rinofaringitis secretoria.

3.º Aspecto normal de fosas nasales y de los senos accesibles al examen rinoscópico y endoscópico.

En el primer caso, se impone, naturalmente, el tratamiento nasal capaz de conseguir la desaparición del trastorno óptico, y por lo tanto, no incumbe ocuparnos del mismo. Sólo respecto del segundo y tercer caso precisa hacer importantes consideraciones.

Cuando el rinólogo trata de profundizar la exploración del etmoides posterior y de los senos esfenoidales, se halla desarmado en cuanto a medios seguros de dicho examen. La rinoscopia anterior, completada por la rinoscopia *media* (con los espéculums de Killian, Segura, etc.), muestra claramente los cornetes inferiores y medios en su región anterior; cara interna y borde inferior de los mismos y tabique en visión oblicua, cuando no hay obstáculos por parte del séptum, como desviaciones, espesamientos, espolones, etc., que ocultan entonces el campo intranasal; la vaso-constricción producida por la cocaína adrenalizada abre mayor espacio visual al nivel del meato medio y parte superior de las fosas nasales, pudiéndose ver a veces una porción de la cara anterior del esfenoides y la *bulla etmoidalis*. Pero esto es todo. Las células etmoidales permanecen ordinariamente inexploradas.

Por otro lado, la rinoscopia posterior hecha con el espejillo, con el faringoscopio, el salpingoscopio o con el sinusoscopio de Sluder, nos enseña la región posterior de los cornetes, parte alta de las coanas, borde posterior del vómer y toda la cavidad rinofaríngea. El examen directo de ésta por el método de Gyergyai es muy engorroso y no siempre da el resultado apetecido, siendo también dudosos y difíciles el cateterismo del seno esfenoidal, la punción exploradora de la célula etmoidal posterior y la transluminación de estas caviades. Tales exploraciones ejecutadas minuciosamente, podrán en ciertos casos descubrir un estado congestivo de la mucosa, una humedad especial y alguna secreción mucopurulenta en la cola de los cornetes medios; pero, según hemos dicho antes, lo corriente en tales ocasiones es no hallar nada que llame especialmente la atención. Y, si bien Sluder con su instrumento halla modificaciones ligeras de la mucosa, en cuanto a su espesor, color, vascularización, etc., en las cercanías de los senos posteriores, creo que es muy difícil dar alcance diagnóstico a tales lesiones macroscópicas de la pituitaria, para ser referidas al estado interior del laberinto etmoidal y antros esfenoidales.

Nos queda otro recurso: *la radiografía*. Esta nos muestra los límites de dichas cavidades, especialmente si utilizamos la posición de Pfeiffer-Hirtz. Llevo hechas en buen número de radiografías de dicha incidencia, no sólo para buscar datos respecto de los procesos de que ahora nos ocupamos, sino también por lo que atañe al estudio anatómico y patológico de la mastoides y peñasco del temporal (1). En todas ellas no se ha encontrado anomalía especial en seno alguno: los esfenoidales permanecen claros, transparentes, así como la región marginal del etmoides. En cambio, como sea que dicha incidencia nos da una visión de tales cavidades en un plano horizontal, pudiéndose apreciar con exactitud las dimensiones y las prolongaciones laterales y posteriores de ambos senos esfenoidales, además de las células etmoidales posteriores, todo ello en relación con el vértice de la órbita, resulta un precioso elemento de orientación para los efectos de la indicación operatoria, puesto que de esta manera conoceremos de antemano las condiciones anatómicas de la cavidad a intervenir, ya sea utilizando la vía endonasal o la transeptal de Hirsch-Segura.

La posición lateral o de perfil es también de mucha utilidad, pues nos descubre las relaciones del seno fenoidal con la silla turca, altura de la cavidad, prolongación basilar, etc. Cuando convenga abrir aquel seno, dicha prueba radiográfica previa es del todo indispensable, ya que puede darnos datos capaces de hacer cambiar nuestra conducta terapéutica. En efecto, existe la posibilidad de que los rayos X delaten un hundimiento notable de la silla turca (como se ve en una de las radiografías ejecutadas por nosotros), de tal manera que el seno esfenoidal resulte desaparecido o sea substituído por el descenso acentuado de la cara ántero-inferior del hueco hipofisario. Ello daría lugar a dos conclusiones importantes: 1.º Que la causa de la lesión neurítica pueda depender de procesos intracraneales. 2.º Que no debe operarse el seno esfenoidal, porque no es necesario y porque sería peligrosa la pretendida abertura del mismo.

En casi todas las radiografías por mí obtenidas, he observado la coincidencia de la notable delgadez de las paredes del seno, así como las extraordinarias dimensiones del mismo, especialmente en el diámetro ántero-posterior, en los sujetos afectos de neuritis óptica retrobulbar. Parece lógico admitir que

(1) Si no estoy mal informado, creo ser el primero en dar a conocer en España dichas radiografías de base del cráneo.

a grandes senos corresponde menor espesor de sus paredes, y quizá este hecho explicaría la acentuada proximidad parietal, por contigüidad del segundo par de nervios craneales, y, por lo tanto, la mayor posibilidad de ser éstos atacados a causa de una simple alteración vascular o hiperplásica de la mucosa intrasinusal.

En resumen: en esos casos especiales de neuritis óptica, el oculista no halla la causa; el rinólogo no encuentra lesiones visibles de las cavidades próximas al cordón nervioso, y el radiólogo sólo nos proporciona datos anatómicos.

¿Qué debemos pensar ante tan escasos elementos de juicio, y qué camino hemos de seguir para combatir la enfermedad ocular? ¿Por qué, en ciertos casos, una simple resección de una cresta del séptum nasal, de un cornete, o la trepanación del laberinto etmoidoesfenoidal (sin haber notado lesiones durante el acto operatorio) ha bastado para curar o aliviar notablemente la afección neurooftálmica de referencia?

A tales cuestiones deberíamos contestar con una larga serie de criterios de diversos autores, de los cuales sólo sintetizaremos los más principales en breves palabras. Se ha hablado de «*sinusitis sin sinusitis*», «*sinusitis sin pus*», «*seudosinusitis*», viniendo a significar con tales nombres un estado especial de inflamación de las paredes de los senos posteriores nasales, cierto grado de hiperemia y también de hipertrofia de la mucosa intrasinusal o de hiperplasia ósea, inapreciadas durante la intervención por el hecho de la propia extravasación hemática, muy corriente en esta suerte de operaciones. Y precisamente esta misma hemorragia quirúrgica parece ser la que, descongestionando los tejidos próximos al nervio óptico, obra favorablemente sobre el trastorno neurítico del mismo.

También se han atribuído los hechos apuntados a una simple congestión de la mucosa por insuficiencia de aireación de los senos, por una falta de ventilación del callejón etmoidoesfenoidal. La abertura amplia de estas cavidades pondría a las mismas en mejores condiciones de contacto con el aire respiratorio, cediendo entonces la congestión causante de la neuritis.

Se ha creído asimismo en una acción vasomotora de la cocaína-adrenalina, casi siempre empleada en tales intervenciones, en forma de *shock* simpático, debido a los efectos de la anestesia o del propio acto quirúrgico sobre las ricas terminaciones nerviosas al nivel del territorio estenopalatino (Baldenbeck, Sargnon).

Otros observadores han admitido la existencia de una *disposición anatómica especial*, en que el nervio se halla en contacto con el seno, y a veces sólo le separa de él la mucosa de la cavidad por dehiscencia de la pared ósea (Berger). Bastará una simple congestión de la mucosa para dar lugar a alteraciones oculares por contigüidad de tejidos.

Respecto a cuál de los senos posteriores debe atribuirse dicha influencia morbosa sobre el nervio óptico, teniendo en cuenta sus relaciones de vecindad con éste, no están del todo contestes los autores: ello es debido, probablemente, a las repetidas anomalías anatómicas de dicha región, puesto que además de la desigualdad de forma y dimensiones, comparando un lado con el otro, existen también diferencias de espaciosidad y de prolongaciones de la célula etmoidal posterior y seno esfenoidal de un mismo lado en todos los sujetos. De esta suerte, a veces dicha célula, en su parte más superior y externa, está muy cercana al agujero óptico, y en otras ocasiones es el seno esfenoidal el que ofrece dicha proximidad. Y si bien Segura afirma que son las alteraciones de los antros esfenoidales las que provocan en circunstancias especiales el trastorno del segundo par, yo creo que la mayor parte de las veces es el etmoides posterior el culpable, conforme lo atestiguan algunas investigaciones anatómicas (Onodi) y los casos de curaciones o mejorías conseguidas operando únicamente esta región etmoidal. El propio autor argentino no niega el hecho, aunque lo atribuye al drenaje que se produce al intervenir sobre el etmoides.

Ahora bien, si la causa del proceso óptico que estudiamos está en una *disposición anatómica* o en una deficiente ventilación perisinusal, ¿por qué se presenta dicha afección en una época determinada de la vida, muchas veces en tiempo muy remoto del en que tuvo lugar el desarrollo definitivo del esqueleto, o por qué el tal defecto de aireación no se manifiesta hasta entonces?

Aunque es muy difícil dar una categórica explicación a tales cuestiones, creo, no obstante, que puede admitirse el expresado contacto neurosinusal anatómico, que si no exterioriza siempre sus efectos morbosos, es porque tampoco son frecuentes los trastornos congestivos o hiperplásicos de la mucosa de un seno posterior. Ciertos casos de etmoidoesfenoiditis purulenta bien comprobada (ya sea con fungosidades, pólipos u otras lesiones intracavitarias, halladas en el acto operatorio), que no van acompañados de signos oculares, demuestran esta idea. Probablemente, en estos casos, el nervio óptico está separado de los senos por un muro óseo más o menos grueso, y, por lo tanto, no llegan a él las influencias patológicas de los mismos.

No es tan fácil suponer una insuficiencia, ya preexistente, de ventilación de la encrucijada etmoidoesfenoidal. Quizá la repetición de estados catarrales, congestivos de la pituitaria o de la mucosa intrasinusal podría producir a la larga una hiperplasia de esta membrana o una hiperplasia del elemento.

óseo parietal, capaz de reducir o suprimir el espacio entre cornetes y tabique nasal, y posteriormente hacia el seno esfenoidal. Esta especie de compresión, digamos de *ahogo* mejor aún que defecto de aireación), sería susceptible de trastornar las condiciones fisiológicas circulatorias o nerviosas de todo el territorio comprendido entre los senos posteriores y el vértice de la órbita.

Tratamiento.—Teniendo en cuenta las características de esta neuritis retrobulbar que hemos señalado en el transcurso de nuestra disertación, se deduce que el tratamiento más recomendable es el rinológico.

Este puede ser *médico* y *quirúrgico*. El primero se intentará, ante todo, cuando se trate de casos agudos, recientes, y que no vayan acompañados de lesiones visibles ni sospechadas de ninguna clase. A veces, bastará una cocaínoadrenalización del cornete medio o de la hendidura olfatoria, unas inhalaciones mentoladas, etc., para lograr la atenuación rápida de los síntomas ópticos; algunas observaciones publicadas confirman esta conducta. Este método de proceder ha sido combatido, alegando que hay casos que curan espontáneamente, sin hacer nada. Ello es muy posible, pero yo creo que ante una afección de marcha generalmente progresiva, de pronóstico grave y que expone a la pérdida de un sentido tan importante como el de la vista, no es racional ni científico esperar la evolución de la enfermedad, por si ésta cede por si sola. Hay que hacer algo y pronto, especialmente tratándose de una terapéutica sencilla, que en nada perjudica al enfermo.

Si este tratamiento no diese resultado, o cuando el mal datase ya de cierto tiempo, entonces deberá apelarse a la intervención quirúrgica, debiendo ser el oculista quien fije el momento oportuno de ponerla en práctica. Si la atrofia óptica ha hecho ya progresos o la ceguera es total, es preferible no operar.

Hasta ahora nos hemos referido a casos en que la lesión ocular es *unilateral*. ¿Hemos de tener el mismo criterio clínico y seguir las mismas indicaciones terapéuticas cuando ésta es *bilateral*? En igualdad de circunstancias, o sea con ausencia de síntomas endonasales, los casos bilaterales deben ser considerados como sospechosos de un origen meningoencefálico, y, por lo tanto, sería muy aventurada la intervención, además de inútil. Sólo en ocasiones muy especiales, rodeándonos de toda clase de precauciones, después de un detenido estudio radiográfico y de un común acuerdo entre el oculista y el rinólogo, y quizá también el neurólogo, sería aconsejable la abertura de los senos posteriores, y eso siempre sin asegurar la mejoría y mucho menos la curación. Este parece ser el criterio clínico dominante. Se han publicado observaciones de neuritis óptica doble, en las que la trepanación esfenoidal por la vía de Hirsch-Segura ha dado buenos resultados.

Es más, creo que en algunos casos bilaterales, especialmente si la lesión de un lado no es muy acentuada, la trepanación unilateral por si sola es capaz de corregir el trastorno del lado opuesto (1). Quizá el hecho se explique por las íntimas relaciones neurovasculares de proximidad al nivel de la región esfenoidal de ambos lados.

Sentada ya la indicación quirúrgica, ¿qué clase de operación hay que ejecutar? Son tan variadas las intervenciones endonasales que han producido óptimos efectos en el tratamiento de dicha afección, que es muy difícil aconsejar ninguna de ellas de un modo determinado. Sin embargo, sin despreciar el valor positivo que pueda alcanzarse, en ciertos casos, por la simple resección de una cresta o de un espolón del tabique, la de éste por vía submucosa o las escarificaciones de la pituitaria con un fin puramente descongestivo, lo más racional parece ser la *ablación del cornete medio* y la *trepanación o abertura del etmoides posterior y senos esfenoidales*.

Algunos autores practican únicamente la amputación del cornete medio en su mitad anterior, y otros prefieren hacer la turbinectomía total. También se ha ejecutado la abertura de la célula etmoidal posterior sin quitar el cornete, pero mejor aún después de haberlo resecado. La trepanación de los senos esfenoidales por la vía endonasal corriente y en particular por la transeptal de Hirsch-Segura, ha sido defendida con calor por sus respectivos autores como el método más recomendable y práctico. Y, por último, hay quien abre todo el laberinto etmoidal posterior y seno esfenoidal, después de haber extirpado el cornete medio, o viceversa: operación esfenoidal de Segura, y si es necesario, la abertura, en un segundo tiempo, del etmoides posterior.

La razón de esta diversidad de proceder se deriva del modo de apreciar clínicamente el caso según cada autor, de la antigüedad de la lesión, de la uni o bilateralidad de la misma, de la arquitectura especial de las fosas nasales del enfermo, de la aceptación por parte de éste de la operación propuesta, de los datos suministrados por la radiografía, del grado de radicalismo quirúrgico o de habilidad del rinólogo, etc.

Según mi modo de ver, la intervención que debe hacerse ante un caso de neuritis óptica retrobul-

(1) Actualmente tengo en observación un caso de esta naturaleza, en el que practiqué la resección del cornete medio y abertura de la célula etmoidal posterior y seno esfenoidal de un lado, habiendo mejorado mucho la visión, no sólo del lado operado, sino también del otro. Recientemente, al imprimir este trabajo, he vuelto a ver dicho enfermo, quien se halla curado de su dolencia.

bar, en particular si es unilateral (y una vez fracasada toda terapéutica médica general o local) es la resección del cornete medio, siempre que sea posible (1), abriendo después la célula etmoidal posterior, operación entonces fácil sin los inconvenientes que se le atribuyen, entre ellos la hemorragia, y que pueden evitarse siguiendo una técnica perfecta. Con ello es muy probable se consiga la curación o una acentuada mejoría del trastorno ocular. Además, esta intervención pone al descubierto la cara anterior del seno esfenoidal, con lo que se facilita de un modo notable el cateterismo, o la propia trepanación radical de este seno, que podrá hacerse en una segunda sesión, caso de no dar resultado la operación transetmoidal. En estas condiciones, la vía de la fosa nasal es la más práctica.

Si la lesión radica en ambos lados, siendo más reciente o menos intensa en uno de ellos, es preferible comenzar por el más afectado, siempre que no se haya iniciado ya la atrofia óptica. De todas maneras, cuando existen ciertos signos de presunción respecto de sinusitis esfenoidal doble, y si el rinólogo tiene medios y condiciones para ello, la vía transeptal de Hirsch-Segura es la más racional y la que reúne mayores ventajas.

Estas aumentan y obligan a indicar dicha operación en todos los casos claramente *bilaterales*, hechas ya de antemano las reservas apuntadas y después de una decisión común entre especialistas. En efecto, con esta intervención, cuyo conocimiento no es del todo nuevo (2), no se altera la arquitectura intranasal, resulta menos mutilante que la anterior, se ponen a la vista y se drenan de una vez ambos antros esfenoidales y la hemorragia no es abundante. En cambio, en muchos casos resulta incompleta, pues deja intacto el laberinto etmoidal posterior, región a la que suele considerarse culpable, a pesar de las dudas de Segura, de la complicación óptica. Además, aunque parece fácil en manos de su autor y de los que le han seguido de cerca, creo que además de ser más laboriosa que la transetmoidal, presenta algunas dificultades técnicas, que quizá el tiempo, la práctica y los perfeccionamientos ulteriores logren vencer con favorable éxito.

Septicemia grave, producida por el bacilus fecalis

Por el DOCTOR ROIG RAVENTÓS

La observación de un enfermo que se aparta de lo que la clínica corriente nos ofrece, me induce a escribir un comentario que voy a leer bajo los auspicios de vuestra benevolencia.

Se trata de una septicemia. Pero antes de abordar el estudio de esta forma clínica, he de trazar un bosquejo que nos conduzca a un fiel estudio de la realidad. Creo que la palabra septicemia, en muchas ocasiones, nos sirve de escudo para defendernos de las asechanzas de los desconfiados que nos rodean y a fuerza de preguntas quieren descubrir nuestra ignorancia. Siempre que un médico examina con método y conciencia un enfermo y no halla ningún órgano afectado que le induzca a diagnosticar una flogosis local, debe pensar en la posibilidad de una septicemia. Pero hay que contar con dos factores capaces de inducir a error: el factor tiempo, necesario para que una localización llegue a adquirir personalidad clínica para impresionar nuestros sentidos y la falta técnica de una exploración incompleta.

En Pediatría, que debemos renunciar buena parte del interrogatorio, la sagacidad clínica se impone, y sólo con una sistemática exploración podemos llegar a la conquista del diagnóstico. El niño que se queja del vientre, en las afecciones graves del aparato respiratorio como la pulmonía y la pleuresía; el niño que con síntomas alarmantes está afecto de una otitis media, que, si no atináis a explorar el aparato auditivo os exponéis a que en una de las visitas la familia os enseñe la almohada sucia de pus,

(1) Si hay desviación del tabique que estorbe, resecarlo primeramente.

(2) Fué empleado por primera vez, en 1920, por el profesor Hirsch, de Viena, para abordar la hipófisis; Spiess, de Francfort, propuso seguir esta vía para abrir los senos esfenoidales, en el Congreso de Stuttgart (1913), y Segura, de Buenos Aires, perfeccionó la técnica e instrumental en 1915.