

Sesión del 20 de diciembre de 1924.

Presidencia del DOCTOR RIBAS Y PERDIGÓ

Neuritis retrobulbar y las nuevas orientaciones terapéuticas

Por el DOCTOR R. BOTEY

Invitado por el Doctor Menacho para ocuparme de este candente asunto, tenía la intención de daros un resumen oral del artículo que redacté. Mas ello no pudo ser en la próxima pasada sesión por falta de tiempo.

Me proponía hacer lo propio en esta sesión; pero en vista de que el Doctor Suñé y Medán se halla ausente por enfermedad y no puede tratar del propio modo de esta interesante cuestión, debiendo yo solo terciar en este debate, me permitiré leeros por entero el trabajo escrito por mí con este fin.

¿Las neuritis retrobulbares son con frecuencia ocasionadas por los senos nasales posteriores enfermos, principalmente por el esfenoidal? Esta es la incógnita que hay que despejar.

El asunto es muy nebuloso. Cada oculista mira la cuestión bajo un aspecto distinto, y entre los rinólogos la opiniones varían mucho.

Hay actualmente una tendencia marcada a operar estos casos por vía nasal, y los resultados obtenidos no son en realidad completamente convincentes a mi entender.

La cuestión no está madura, y lo cierto es que el resultado del examen oftalmológico, rinológico y general es casi siempre negativo, Wassermann negativo; radiografía negativa.

Por lo general, señores; no examinamos, a decir verdad, nosotros los rinólogos, el etmoides y el seno esfenoidal, por la sencillísima razón de que no los vemos; y cuando un oftalmólogo nos ruega le digamos el estado de los senos posteriores, afirmamos tranquilamente que en ellos *no hay nada*, en vez de decir que *no hemos visto nada en ellos*, lo que es muy distinto.

Se trata pues de una patología profundamente oculta en el fondo de las fosas nasales, cuyas manifestaciones ostensibles son casi siempre oculares, o sea del resorte del oftalmólogo.

Lo positivo es que este intrincado asunto no solamente atañe al oculista y al rinólogo, sino que también al neurólogo. La especialización excesiva de nuestros días ha sido causa de que la mayor parte de estas observaciones sean incompletas, por falta de comprensión general de la cuestión.

El diagnóstico oftalmológico de estas neuritis retrobulbares es fácil; lo difícil, lo importante, lo que interesa, es el diagnóstico etiológico, sobre el cual reina todavía una obscuridad casi completa, puesto que en más del 50 por ciento de estos casos se ignora en absoluto la causa.

Sin embargo, un primer extremo parece establecido, o poco menos, y éste es que semejantes neuritis no resultan ser *complicaciones de las sinusitis posteriores supuradas que operamos*.

Menos establecido se encuentra el segundo extremo, que sostienen algunos oftalmólogos, atribuyendo al tabaco la causa de no pocas neuritis retrobulbares. Pero el hecho de que estos trastornos visuales aparecen también en las personas que no fuman y sobre todo en mujeres, convierte en dudosa esta etiología tóxica para la generalidad de los casos.

Sin embargo, es imposible negar que existen algunos raros sujetos en los cuales es evidente la acción nociva del tabaco sobre el nervio óptico. Se trata de individuos ultrasensibles a la acción tóxica de la nicotina. Lo cierto es que suprimiendo el tabaco en estos enfermos disminuyen los trastornos visuales y hasta desaparecen.

Un tercer extremo parece del propio modo establecido, y este es que, aparte la sífilis, la esclerosis en placas se inicia, a veces, por la neuritis óptica; pero por más que éste es un signo que precede, durante mucho tiempo, la aparición de la esclerosis en placas, estos casos son también raros, siendo rarísimo que antes no haya salido a la superficie algún síntoma revelador, verbigracia exageración, de los reflejos, trastorno motor, etc.

Se ha dicho que muchas neuritis retrobulbares, curadas después de una intervención endonasal,

se hubieran también curado sin ella, puesto que aquéllas curan, con frecuencia, por sí solas. Sin embargo, son actualmente bastantes los casos en los que se busca la etiología del mal, estableciendo un tratamiento insistente y variado, triunfando finalmente tan sólo la intervención en los senos posteriores y consiguiéndose a veces mejorías en casos en los cuales la neuritis retrobulbar era antigua.

Recordamos, entre otros, el siguiente caso:

Observación I.—Enfermo de 41 años, dentista, no fumador, el cual desde hacía cerca de dos años y medio padecía un escotoma central relativo en el ojo derecho, con 3/10 escasos de visión. Este paciente fué tratado en vano con el yoduro de potasio, el cianuro de mercurio en inyecciones intravenosas, etc.

La endorrinoscopia me evidenció una hipertrofia acentuada de ambas extremidades posteriores de los cornetes medios.

Efectuada la ablación de ambos cornetes medios con resección de las células etmoidales posteriores, dicho enfermo mejoró poco a poco, alcanzando una visión de 6/10 a los nueve meses de operado.

En cambio, mentaremos otro caso más interesante aún.

Observación II.—Hombre de 62 años, ingeniero. Neuritis retrobulbar bilateral desde hace tres años, con escotoma central relativo. Visión de 4/10 al principio y de 2/10 en la actualidad.

Antiguo fumador, sin daño alguno para su visión; abandonó el tabaco durante once años, para volver a fumar últimamente. Tres meses después aparecen los trastornos visuales mentados.

El enfermo consulta a varios oculistas patrios y extranjeros. Diagnosticaron los unos un *escotoma central relativo*; opinando los menos que se trataba de una *opacidad de la cristaloides anterior*.

Para unos el tabaco no era la causa de la neuritis retrobulbar, mientras que para otros existía intoxicación nicotínica del nervio óptico.

Se trató al enfermo con la quinina, el yoduro de potasio, el diyodil, las inyecciones intravenosas de gr4.

Pero nuestro paciente no suprimió el tabaco, porque los rinólogos a quienes consultara más tarde le manifestaron que la neuritis retrobulbar era tan sólo debida a los senos nasales posteriores.

La radioscopia de la base del cráneo, efectuada en París, mostró que el seno esfenoidal izquierdo era enorme, estando distante 8 milímetros del vértice de la órbita, mientras que el seno esfenoidal derecho, más pequeño, distaba de aquél unos 4 mm. Las células etmoidales posteriores eran las que tenían relaciones de íntima vecindad con el conducto óptico.

La endorrinoscopia nos mostró unos cornetes inferiores rudimentarios, compensados por unos cornetes medios tan hipertrofiados que dificultaban la respiración nasal.

Wassermann negativo. Nada de esclerosis en placas, ni de afección alguna de los centros nerviosos.

En vista del resultado nulo de los tratamientos que se establecieron, propuse al enfermo la ablación de los cornetes medios, con supresión de las células etmoidales posteriores y abertura de los senos esfenoidales, por si la causa de su neuritis retrobulbar fuese etmoido-sinusiana, y para aliviar cuando menos la deficiente respiración nasal del enfermo, bastante molestado por ella.

En efecto, bajo la anestesia local suprimimos, por la vía endonasal, ambos cornetes medios, y las células etmoidales posteriores, abriendo únicamente el seno esfenoidal izquierdo.

La respiración nasal quedó, desde la intervención, definitivamente holgada, y el enfermo estaba muy satisfecho del resultado conseguido; pero la agudez visual no había mejorado a los tres meses de la operación.

Un oculista de Friburgo, nuevamente consultado (Axenfeld), insistió en que la causa de la neuritis retrobulbar era la nicotina, y por más que nuestro paciente fumaba con moderación prohibió en absoluto el uso del tabaco para toda la vida. El enfermo siguió el consejo del oftalmólogo germano, y la visión, a los cuatro meses de haber dejado de fumar, ascendió a 5/10, en vez de 2 escasas que tenía antes y después de la operación.

Este caso evidencia de manera innegable la influencia nociva de la nicotina sobre el nervio óptico en determinados individuos, al mismo tiempo que señala el fracaso de las intervenciones etmoido-esfenoidales, de que tanto se habla en estos tiempos, dando la razón al Doctor Morax, insigne oftalmólogo de París, quien no hace mucho me decía que todavía no había podido echar la vista encima de un caso bien demostrativo de neuritis retrobulbar curado con la operación de Hirsch-Segura y por la resección de las células etmoidales posteriores.

Por otra parte, es de notar que en nuestro enfermo el hecho de ser la neuritis retrobulbo-bilateral y de marcha crónica era ya una condición que de antemano indicaba que el mal no era probablemente debido a una sinusitis posterior, porque en casi todos los casos de esta índole la neuritis es unilateral y de forma aguda o subaguda. Este es un hecho de grande importancia y que a pesar de ello no se tiene, en la práctica, casi nunca en cuenta.

Tenemos desde tiempo observado, por otra parte, que no son, verbigracia, las supuraciones de la ceja, las que ocasionan con mayor frecuencia la parálisis del facial en el conducto de Falopio, sino las de forma intersticial, las otitis ósteo-periósticas. Del propio modo, la gran mayoría de neuritis ópticas

canaliculares son debidas a catarros persistentes de los senos posteriores, principalmente: si existe hipertrofia del etmoides posterior y falta de ventilación etmoido-esfenoidal. El nervio óptico y el facial ofrecen bastante resistencia a la inflamación séptica, y hemos visto, en efecto, en algunos de nuestros operados del oído, el nervio facial bañándose en pus sin que estuviese paralizado.

Pero hay que tener en cuenta que siempre que la causa inmediata de una neuritis retrobulbar reside en los senos posteriores, debe admitirse, como muy probable, la existencia de una anomalía anatómica. En efecto, el canal óptico ofrece, a menudo, relaciones íntimas con el seno esfenoidal y con las células etmoidales posteriores. En semejantes casos, hay *excesiva delgadez de la pared ósea esfenoidal*, reducida al espesor de un papel de escribir, al nivel del conducto óptico, y ni tan siquiera a este espesor cuando se trata de la célula etmoidal posterior superior. Hay más, existen casos en los cuales falta en este sitio esta tenue lámina ósea protectora, constituyendo esta anomalía lo que se llama una *dehiscencia*. En estos casos el nervio óptico hállase al descubierto únicamente protegido por la delgada capa de mucosa etmoidal o esfenoidal.

Además, las conexiones vasculares existentes entre los senos posteriores y el nervio óptico autorizan a pensar que bajo la influencia de una inflamación etmoidal ligera, de una simple congestión, sobrevengan trastornos circulatorios en los vasos del nervio óptico y sus cubiertas, con compresión del nervio en un conducto óptico, estrecho e inextensible.

Por un cierto hábito rutinario se cree demasiado aprisa todavía que si la rinoscopia anterior o la posterior no muestran pus en la hendidura olfatoria, en la cola del cornete medio o en las cercanas, los senos nasales posteriores están sanos. Hay que acordarse, en parecidas ocasiones, de las *sinusitis llamadas latentes*.

Lo más práctico, hoy día, para afectar este difícil diagnóstico, es valerse de la llamada *endorrinoscopia*, utilizando el *salpingoscopia de Valentín* o mejor aún el *sinusoscopia de Sluder*, que posee un tallo recto y delgado y aumenta mucho la imagen, lo que lo hace más manejable que el primero.

Con este instrumentito, la exploración del meato medio, de la porción posterior del cornete medio de la parte posterior de la hendidura olfatoria, del cornete superior y de la cara anterior del seno esfenoidal, es perfectamente posibles, pudiendo apreciar el grado de vascularización, las secreciones de la mucosa, su coloración y aspecto, etc.

RADIOGRAFÍA.—La más importante de todas es la de la base del cráneo.

El examen radiológico es absolutamente necesario antes de cualquiera intervención en los senos posteriores.

Así, verbigracia, en un caso de neuritis retrobulbar de origen nasal posterior, sabremos de antemano si son los senos esfenoidales o las células etmoidales los causantes de aquélla; porque veremos en seguida en el film negativo sacado, el vértice de la órbita cercano o distante del seno esfenoidal o de las células etmoidales posteriores; asunto importante para el tratamiento, porque en el primer caso la abertura del centro esfenoidal por la vía transeptal resultará inútil, debiendo abrir únicamente las células etmoidales posteriores.

En cuanto a los datos previos que puede proporcionar la radiografía en estos casos, desde el punto de vista patológico, hemos de confesar que son inciertos, puesto que, como llevamos dicho, las lesiones etmoido-esfenoidales son insignificantes y no dejan apenas rastro radiográfico.

TRATAMIENTO.—El Doctor Segura, que acaba de hacer una campaña en favor del tratamiento de las neuritis retrobulbares por la abertura del seno esfenoidal, preconiza en todos los casos sistemáticamente la ruta endoseptal de Hirsch. Preferimos nosotros la vía endonasal, sin que por ello desechemos la operación de Hirsch-Segura.

Esta operación podrá ser buena para alcanzar la hipófisis (aunque es preferible en estos casos la vía externa, que proporciona amplio acceso hacia la silla turca), pero para raspar el seno esfenoidal, sus ventajas son discutibles.

Por otra parte, es en realidad difícil el reseca el tabique nasal, hasta el pico del esfenoides, sin perforar la mucosa, sobre todo si el séptum se encuentra desviado. Esta operación, ejecutada admirablemente por Segura, no lo es tanto por los otros rinólogos, menos entrenados en esta maniobra y expuestos por lo tanto a fracasos que obliganles a concluirla por la vía endonasal.

Hay más: aun suponiéndola bien ejecutada adolece del grave inconveniente de no obrar sobre las células etmoidales posteriores, causa, a menudo principal, de la neuritis retrobulbar.

En cambio, obrando por la vía endonasal podemos suprimir rápidamente en ambos lados las células etmoidales posteriores, abriendo finalmente los senos esfenoidales. Con ello la operación es más completa y por ende más eficaz, dejando el recessus etmoido-esfenoidal bien ventilado y la respiración nasal amplia, cosa que no consigue la operación de Hirsch-Segura.

Empero si la radioscopia de la base del cráneo evidencia que el vértice orbitario y el canal óptico contactan con los senos esfenoidales, se podrá abrir, por vía transeptal, los dos senos esfenoidales para suprimir finalmente, por vía endonasal, la cantidad estrictamente necesaria de células etmoidales posteriores que pudieran dificultar la respiración nasal.

En resumen, las lesiones de los senos posteriores, causantes de neuritis retrobulbar, no son las supurativas, sino las congestivas e hiperplásicas, con dificultades de ventilación y trastornos circulatorios.

Se intervendrá si después de un estudio detenido del caso por el oculista y un tratamiento insistente y variado, las otras causas productoras han sido eliminadas.

La intervención se efectuará, de preferencia, por la vía endonasal, suprimiendo las células etmoidales posteriores y abriendo finalmente el seno esfenoidal.

Sin embargo, en determinados casos se abrirán los centros esfenoidales por la vía transeptal y se suprimirán las células etmoidales posteriores por la vía endonasal.

Se ha dicho que la vía endonasal tiene dos inconvenientes: el de la formación de costras después de ella y el de la hemorragia.

La creencia en la formación de costras es muy exagerada. Estas aparecen en escasa cantidad, los primeros días; luego desaparecen por completo o poco menos.

En cuanto a la hemorragia, es ésta insignificante, tanto que en nuestros operados no ponemos generalmente taponamiento alguno.

La hemorragia es mucho más de temer después de la ablación de las costras y espolones del tabique nasal y consecutivamente a la concotomía inferior. En éstos casos, el taponamiento nasal es poco menos que indispensable.

Para concluir, señores, diré que esta nueva terapéutica endonasal de la neuritis retrobulbar no está todavía firmemente establecida, existiendo por parte de sus defensores un entusiasmo exagerado.

Así, no son raros los fracasos después de un diagnóstico al parecer bien establecido, y luego de una intervención acabada y perfecta.