

EL OFTALMOSCOPIO EN PEDIATRÍA

Aunque dedicado desde hace años a la especialidad de Enfermedades de la Infancia, no dejo de poner en práctica con frecuencia el valioso método de investigación clínica que el oftalmoscopio nos brinda.

Por lo general, constituye su manejo patrimonio exclusivo del oftalmólogo. No obstante, mis enfermitos son sometidos sistemáticamente al examen del fondo del ojo. Mi práctica en el manejo de dicho instrumento, adquirida durante 7 años de internado en el Dispensario Oftalmológico del Hospital de la Santa Cruz, me hace afirmar que el pediatra que se priva voluntariamente de tal medio de diagnóstico, se coloca en situación desventajosa para el diagnóstico de algunas afecciones del sistema nervioso, como lo demuestra claramente la observación siguiente:

Josefa Barrau, de cinco años y medio de edad, visitada en mi consultorio el 28 de abril de 1922. No presenta ningún antecedente morboso hereditario. Sin embargo, hace unos 15 días, sus padres notan un cambio manifiesto en el hábito exterior de su hija, y hará unos cuatro que estos síntomas se han acentuado de un modo alarmante. La niña ha sido presa una noche de alucinaciones, pide socorro y se cree perseguida y amenazada, y estas alucinaciones se han repetido los días siguientes, aún durante el día, si la niña ha quedado un poco dormida. Tiene en la actualidad diarrea, y me han dicho que ha vomitado una vez. Visitada al día siguiente en su domicilio, la niña está bastante calmada, habiéndole prescrito una poción con hidrato de cloral, pero durante el día han vuelto las alucinaciones visuales; ha hecho dos deposiciones diarreicas, no ha presentado ningún vómito, pero rechaza todo alimento. El abatimiento es poco graduado, la niña está acostada en decúbito lateral derecho, con los párpados cerrados, y da algunos gemidos; al interrogarla, responde sin dificultad a nuestras preguntas. Temperatura 36.5. Pulso regular pequeño a 120 por minuto. Por el examen detenido de la niña aprecio un vientre duro que hace casi imposible la exploración, sin embargo a la percusión el hígado rebasa sus límites normales en medio dedo a nivel del reborde costal; en la región inguinal un infarto ganglionar dando el carácter de la micro-poli-adenopatía. Bazo, no se descubre. Tórax, ligera depresión en el lado derecho y en forma de quilla.

Estertores diseminados en ambos pulmones. Corazón bien. En la piel ningún trastorno que nos indique alteración vasomotriz. Pupilas, reaccionan perezosamente a la luz y a la acomodación. Ligera inyección conjuntival Hay fotofobia.

Signo de Kernig negativo. Hago un minucioso examen de la sensibilidad y no aprecio nada anor-

mal. Respecto a los trastornos psíquicos, los anteriormente referidos.

Ante este estado, y creyendo se tratara de fenómenos tóxicos cerebrales precursores de una meningitis, prescribo calomelanos, bolsa de hielo y dieta hídrica.

Continúa la niña en el mismo estado durante los días sucesivos hasta que ante la dificultad de establecer un diagnóstico, el día 3 de mayo trato de explorar el fondo del ojo por el oftalmoscopio.

En efecto, la papila está amarillenta, confusa, borrada, como difumada; existe edema peripapilar, el nervio óptico bajo un velo grisáceo que cambia por completo su aspecto normal. Mientras que la papila se nos presenta en el individuo sano de un color blanco rosado, en la enferma se halla de un color grisáceo especial. Los vasos retinianos presentan igualmente flexuosidades numerosas y con dilataciones, indicio probable de obstáculo a la circulación cerebral. El ojo izquierdo presenta, además, signos bien notables; hacia arriba y hacia dentro de la papila, he comprobado desde luego la presencia de una masa blanquecina, saliente en el centro, del volumen de un guisante, que no es otra cosa que un tubérculo de la coroides.

Establecido, pues, el diagnóstico, transcurren los días sucesivos estando la enfermita en estado semicomatoso, con aceleración notable del pulso, 170.

El día 10, en vista de que existe rigidez de la nuca, hago la punción lumbar. El líquido sale iniciando la aspiración con la jeringa, después en gota en gota. (El examen del líquido cefalorraquídeo (5 c. c.), fué practicado por el ilustre bacteriólogo Dr. López Brea, encontrándose en dicho líquido una intensa linfocitosis).

Mejora con la punción la rigidez, pero la temperatura asciende a 39° y el pulso se hace incontable. El día 2 muere la niña sin convulsiones, sin conocimiento y murmurando algunas palabras.

Resumiendo, sin la comprobación previa de este tubérculo coroideo, el diagnóstico hubiera sido muy dudoso. No hubiera podido afirmar el diagnóstico de una meningitis, pues por una sola variación del carácter no es posible asegurar un juicio tan grave. Después se observaron alucinaciones, diarrea constante y pocas veces vómito. No había cefalea, la niña no entró en período comatoso hasta los últimos días de la enfermedad.

Y para terminar quiero dejar bien sentada la importancia predominante que en ciertos casos tiene la exploración oftalmoscópica, pues casi siempre corrobora un diagnóstico probable.

DR. J. AYGUAVIVES

Ex-V. Director del Hospital del Niño

