

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LAS OPACIDADES DEL CRISTALINO

E. S. HARO R.

El diagnóstico diferencial de las afecciones del cristalino tiene seguramente, su medio más eficaz en el estudio biomicroscópico. La lámpara de hendidura dando una verdadera sección óptica, permite el estudio, plano por plano, de la naturaleza, extensión, localización y progreso de las alteraciones cuya observación era anteriormente realizada a la luz focal y al oftalmoscopio obteniéndose un cuadro en conjunto, de ellas; pero no una localización precisa.

Sin embargo, cuando las alteraciones están muy avanzadas, el examen biomicroscópico es insuficiente, ya que se presentan cuadros similares al final de procesos muy diversos. En estas condiciones, el examen de los tejidos vecinos y sobre todo, una buena historia clínica, lleva casi siempre al diagnóstico preciso.

Las afecciones del cristalino que deben considerarse para el diagnóstico diferencial son:

- a) Alteraciones del tamaño, forma y posición.
- b) Opacidades.
- c) Alteraciones de la cápsula.

En esta oportunidad, dada la premura del tiempo, nos ocuparemos sólo del diagnóstico diferencial de las opacidades congénitas.

Las cataratas no ofrecen mayor problema diagnóstico en la primera edad ya que la gran mayoría de ellas pueden sospecharse de "congénitas" y las que no lo son, generalmente tienen una historia reciente de traumatismos o infecciones que pueden comprobarse casi siempre por el hallazgo de otras lesiones concomitantes; pero en la edad adulta y en la época senil en que el enfermo tiene ya una larga historia de infecciones, de traumatismos directos o indirectos de importancia diversa; de alteraciones metabólicas,

de disendocrinias aparentes o veladas, el diagnóstico del tipo de catarata es más difícil y adquiere mayor importancia, no sólo desde el punto de vista especulativo, sino en cuanto a su pronóstico y tratamiento.

Como base del diagnóstico diferencial debemos tener presente que las *cataratas congénitas* tienen necesariamente que encontrarse dentro o en la vecindad de los núcleos fetal o embrionario, en sus suturas; en la cápsula o conectadas con ella, desde que éstas son las únicas partes del cristalino existentes durante la vida fetal.

Las alteraciones que se encuentran fuera de éstas regiones no pueden considerarse congénitas en origen, aunque tengan carácter hereditario.

Las divergencias precoces del desarrollo normal del cristalino pueden separarse en dos grupos: uno concerniente a la mutua delimitación de las dos secciones del cristalino embrionario: el epitelio y las fibras; el otro, que se presenta algo más tarde, representa alteraciones en la formación de las suturas. Ambas llevan a la desintegración de la zona afectada. Si los agentes patógenos actúan precozmente, el resultado es una acentuada malformación; cuando actúan más tarde, establecida ya la estructura del cristalino, el defecto resultante es sólo una aberración o retardo del desarrollo. Estas alteraciones ya sean de origen "genético" (hereditario) o "ambiental" (tóxico, mecánico, etc.) son morfológicamente similares. No es pues, el agente nocivo en sí, sino el tiempo en que actúa, lo que va a determinar el tipo de anomalía, por consiguiente su diferenciación puede ser muy incierta.

Las cataratas congénitas estando en su mayoría restringidas a zonas bien precisas y no siendo progresivas, conservan su morfología pudiéndoseles reconocer en cualquier época de la vida, lo que contribuye a facilitar su diferenciación con otras similares que pudieran presentarse después.

Vamos a estudiar algunos tipos de ellas.

Cataratas capsulares y polares.—La catarata capsular no invade profundamente la corteza pero altera la superficie anterior, modificando el nivel de la misma por lo que, alrededor de las opacidades se nota un halo exento de la rugosidad normal de la cápsula ya que, el reflejo especular de esa zona no llega al ojo del observador; sin embargo, modificando el ángulo de iluminación aparece la rugosidad en la región anteriormente libre de ella.

Esta característica diferencia la catarata capsular de los depósitos en la cápsula, debidos a traumatismos o inflamaciones.

La catarata polar anterior es subcapsular, pudiendo comprometer o nó la cápsula. Se proyecta en profundidad sin llegar al núcleo adulto o hacia la cámara anterior haciendo prominencia más o menos grande, (piramidal). En este caso se nota el halo descrito en la catarata capsular.

La catarata polar anterior congénita debe diferenciarse de las similares consecutivas a perforaciones. Como elementos de diagnóstico tenemos en primer lugar la posición siempre "polar" de las

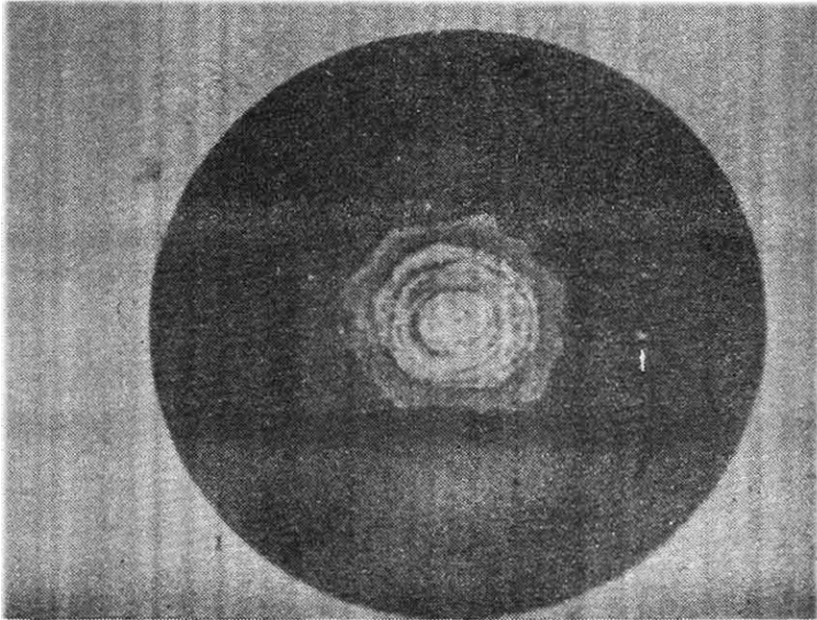


Fig. 1.— Catarata polar anterior.

congénitas, su forma piramidal típica y sus dimensiones casi nunca mayores de 1 mm. además la ausencia de cicatriz corneal que existe siempre en las perforaciones.

La catarata polar posterior, opacidad también subcapsular, de variada configuración y tamaño; puede ser aplanada, formar pirámides o hacer prominencia hacia atrás como un lenticono rudimentario, pudiendo coexistir con él. Debe diferenciarse del "corpúsculo hialoideo" o "catarata polar espuesa" resto de la arteria hialoidea que no está precisamente en el polo posterior sino en un

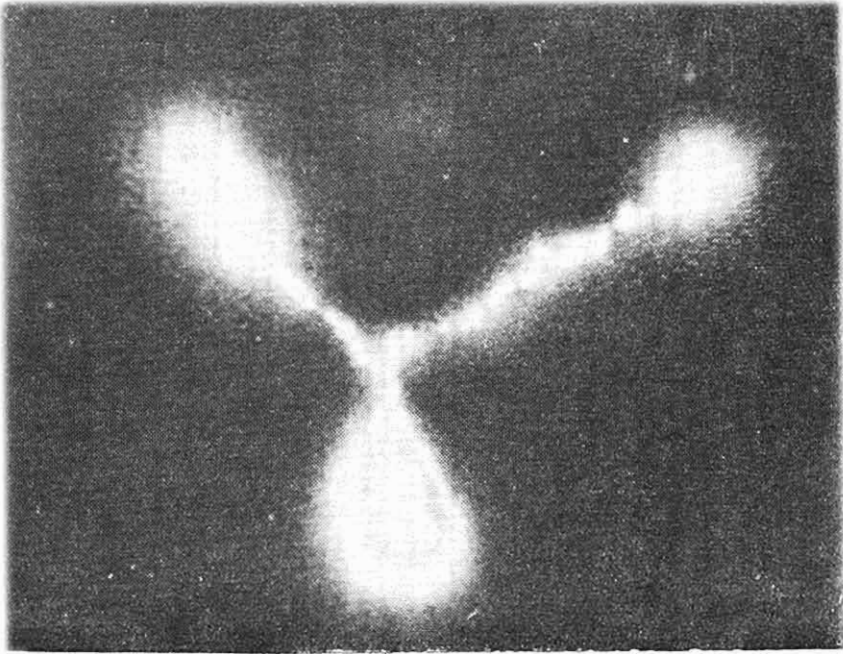


Fig. 2.— "Catarata axial anterior embrionaria".

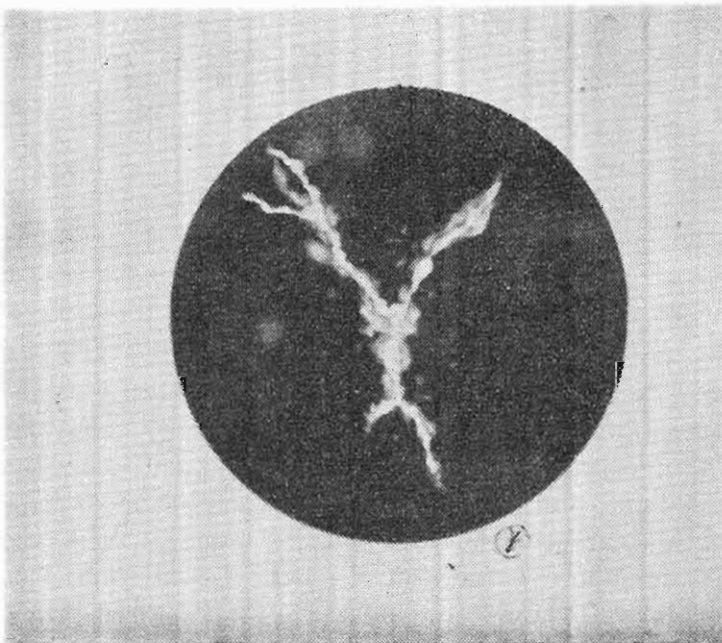


Fig. 3.— Catarata "estrellada".

punto nasal de él y que raramente se encuentra asociado con una verdadera opacidad subcapsular.

Opacidad en la vecindad de las suturas fetales.—En este grupo tenemos: la axial anterior embrionaria y la "estrellada".

La *axial anterior* está formada por infinidad de pequeños puntos, intensamente blancos conectados entre sí por un ligerísimo velo y agrupados invariablemente en la "Y" anterior o su inmediata vecindad. Es el único tipo de catarata que no se presenta simétricamente en la mitad anterior y posterior del cristalino.

La *"estrellada"* invade las suturas en "Y" separada o conjuntamente la anterior y posterior; está formada por opacidades puntiformes gruesas, confluentes, a veces en dos capas de coloración y densidad diferentes. Cuando afecta sólo la sutura anterior, puede confundirse con la axial anterior embrionaria; la diferenciación se hace por la delicadeza de los puntos que constituyen la "axial", conectados por un velo y por su posición más cercana al "intervalo oscuro".

Debe diferenciarse también de las opacidades suturales que se presentan como manifestación de catarata senil incipiente.

OPACIDADES EN LOS NUCLEOS CENTRALES

Catarata nuclear congénita difusa.—Afecta el núcleo fetal, se aprecia como una nebulosidad sin estructura.

Se diferencia de la catarata senil nuclear incipiente por el menor tamaño y mayor curvatura del núcleo fetal y por su coloración blanquecina azulada a diferencia de la senil que tiene un tinte amarillento.

Catarata nuclear embrionaria.—("Central pulverulenta") Localizada en la región central del cristalino (núcleo embrionario) entre las suturas en "Y". La opacidad está compuesta por puntos de diversos tamaños. Debe diferenciarse de la catarata zonular que es de mayor tamaño y de la "nuclear difusa" que está formada por un halo nebuloso sin estructura.

Catarata zonular.—Opacidad laminar que rodea la porción central más o menos clara como la cáscara de una naranja rodea el fruto. La opacidad está a su vez, rodeada por corteza clara compuesta por gran cantidad de puntos generalmente finos; presenta

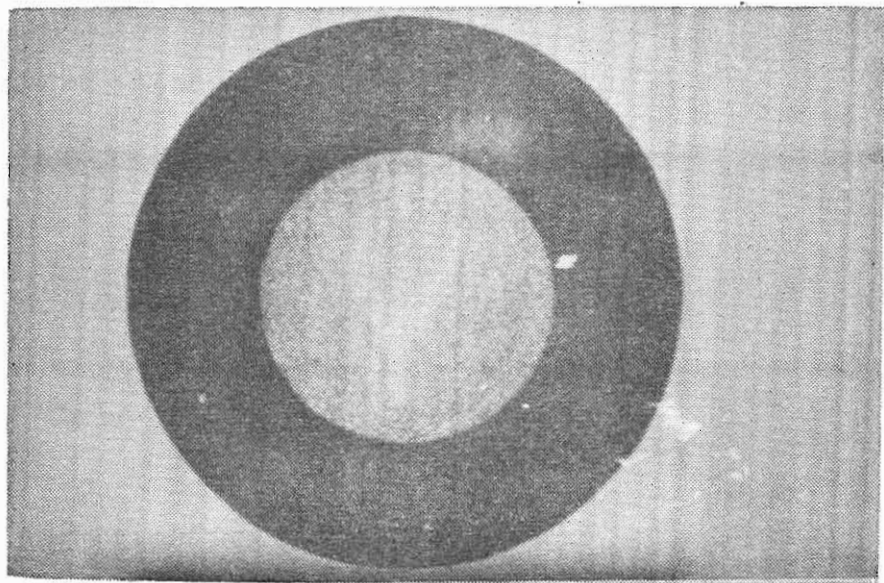


Fig. 4.— Catarata nuclear embrionaria.

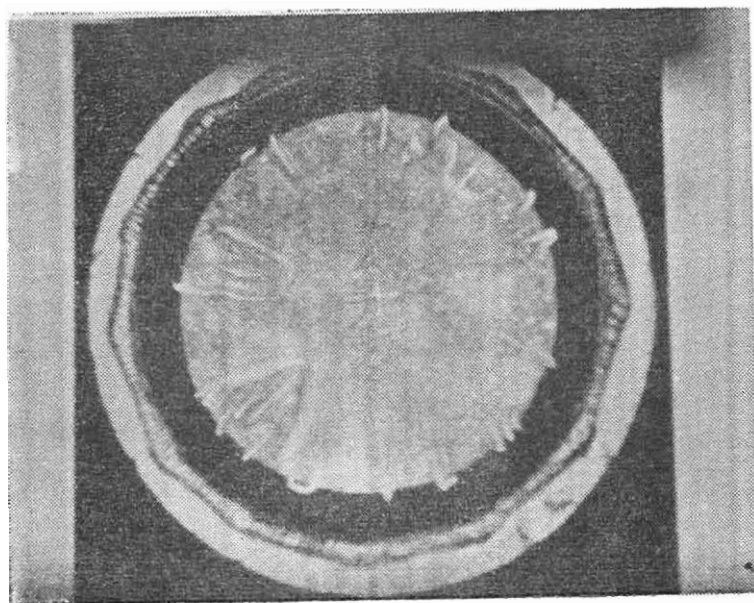


Fig. 5.— Catarata "zonular".

Además opacidades en forma de "U" que cabalgando sobre el límite ecuatorial de la opacidad, se continúan en la lámina posterior de la misma. Estos "jinetes" rara vez faltan en la catarata zonular.

El tamaño depende del estado de desarrollo del cristalino en el momento de su formación. Casi siempre es mayor del que corresponde al cristalino fetal, lo que indicaría que se forma alrededor de la época del nacimiento, a diferencia de la nuclear difusa y de la central pulverulenta que son bastante más pequeñas. La catarata zonular puede progresar en densidad afectando la visión en grado variable.

Se describen tres tipos en cuanto a su origen: la congénita que es bilateral, con marcada tendencia hereditaria; la tetánica y la traumática. El aspecto bio-microscópico es semejante en los tres tipos diferenciándose más bien por los exámenes complementarios y la historia clínica.

Formas raras de cataratas axiales.—Sólo se han descrito con precisión mediante los estudios bio-microscópicos. Anteriormente, describiéndose sólo su apariencia frontal se prestaba a confusiones.

En este grupo tenemos: la axial fusiforme, la coraliforme, la pisciforme, la floriforme, la lanceolada, etc. Difieren ampliamente en estructura y extensión pero tienen dos importantes características en común: se encuentran en situación axial y son hereditarias.

Es difícil explicar la formación de algunas de éstas que no coinciden con la estructura del cristalino; se ha sugerido sin embargo, que se deben a adherencias del núcleo embrionario a la cápsula. Esto daría en el polo anterior, el tipo "coraliforme" y si es en ambos polos, la axial fusiforme.

CATARATAS CONGENITAS TOTALES

Catarata anular o en forma de disco.—En visión frontal tiene el aspecto de un "salvavidas", la zona central muy deprimida, rodeada completamente de un anillo grueso. Al corte sagital tiene la apariencia de una "palanqueta". Se debe a la ausencia del núcleo que ha sido reemplazado por una membrana compuesta por la cápsula anterior y posterior con restos de epitelio entre ellas, desarrollándose las fibras periféricas casi normalmente.

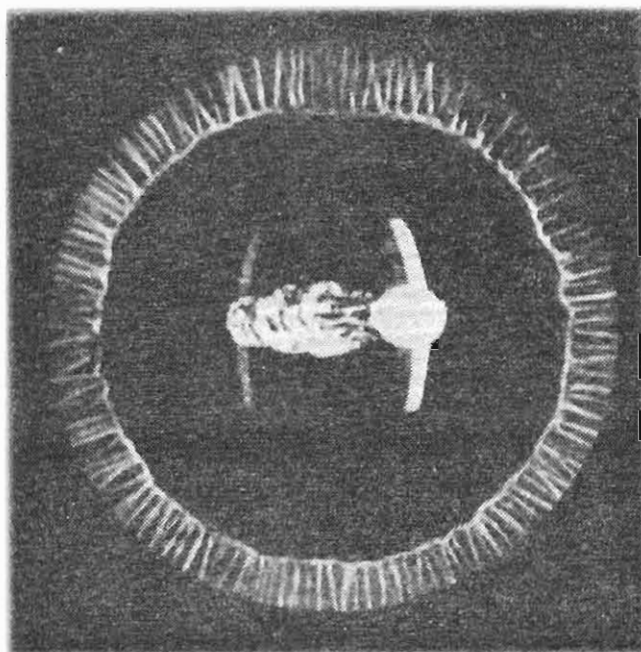


Fig. 6.— Catarata axial fusiforme.

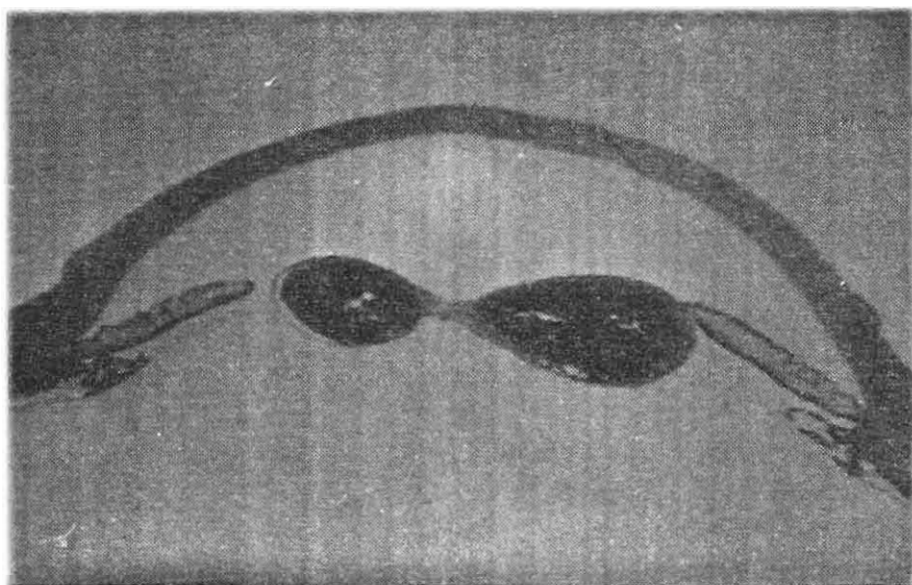


Fig. 7.— Catarata "anular cataracta".

Se considera que la alteración es muy precoz, ya que interfiere en la formación del núcleo. Es bilateral y hereditaria.

Debe diferenciarse de la catarata secundaria (Anillo de Soemmering, que es más irregular, el anillo generalmente no está cerrado por completo, es raramente bilateral. Además, la historia de una intervención o traumatismo, ayudan en el diagnóstico.

Catarata morgagniana congénita.—Se produce debido a una degeneración de la sustancia cortical que se licua; el núcleo flota encerrado en la cápsula de aspecto normal, lo que la diferencia del tipo senil que presenta rugosidades y depósitos blanquecinos o cristales.