

## Conjuntivitis calcárea crónica

*Por el Doctor Arturo Arboleda, de Bogotá*

*(Trabajo presentado al 2º. Congreso Médico Nacional, Medellín, 1913)*

*Tomado de la revista "Repertorio de Medicina y Cirugía", volumen IV No.5 -1913*

*Al hacer sistemáticamente el examen de la conjuntiva en mis enfermos, y muy especialmente en aquellos que adolecen de vicios de refracción, he observado una afección conjuntival caracterizada por la presencia de corpúsculos calcáreos incrustados en el tejido de la conjuntiva palpebral.*

**Sintomatología.** - *Cuando se baja el párpado inferior o se voltea el párpado superior, se ven en diversos puntos de la conjuntiva palpebral, tanto en el borde palpebral como sobre el tarso y muy rara vez en el fondo de saco, unos corpúsculos más o menos del tamaño de una cabeza de alfiler, de color blanco amarillento y de consistencia dura, petrosa, que levantan la mucosa, siendo verdaderos cuerpos extraños incrustados dentro de la misma conjuntiva.*

*Cuando se encuentran en pequeño número o volumen no causan molestia alguna, pero en muchos casos, cuando aumentan, se producen fenómenos inflamatorios ligeros, tales como rubicundez, un poco de secreción conjuntival que no es bastante para producir la aglutinación de los párpados, y algo de fotofobia y lagrimeo.*

*Estos brotes agudos sobrevienen de tiempo en tiempo, sin que acontezca esto en períodos fijos. El enfermo incrimina por lo general al polvo, al sol, y sobre todo a la fatiga de los ojos cuando ha tenido*

*que leer o escribir mucho, especialmente con alumbrado artificial.*

*Estas incrustaciones calcáreas muy rara vez (sólo he visto un caso en que no había sino una sola en el párpado inferior), desaparecen por sí solas sin dejar cicatriz. Por lo general son permanentes y no desaparecen sino cuando la mano del cirujano las quita.*

*La conjuntiva bulbar nunca toma parte en el proceso y la córnea permanece siempre intacta. La afección casi siempre es bilateral.*

*Después de curada la enfermedad por medios quirúrgicos, persiste siempre una tendencia a las recaídas.*

**Anatomía patológica.** - *Cuando se hace una incisión en la conjuntiva y se pasa la cureta o se toca la granulación con una pinza, se experimenta la sensación de haber tomado un pedazo de piedra. Las concreciones son duras, arenosas: comprimidas entre lámina y laminilla, se aplanan con dificultad; son insolubles en el agua.*

*En los frotis tratados por los colorantes habituales de laboratorio-violeta de genciana, azul de metileno, hematoxilina y azul de Leischamm – solo se ven células epiteliales, leucocitos polinucleares y grasa. No se ve ningún microorganismo.*

*Tratadas las concreciones por reactivos apropiados, se ve que fuera de los elementos celulares arriba enumerados, están compuestas casi en su mayor parte por carbonato de cal.*

*Es muy probable que estas concreciones se desarrollen a expensas de las glándulas de Krause, de las pseudoglándulas de Henle ó de pequeños elementos glanulares anormales que tan frecuentemente se desarrollan en el tejido conjuntival. En el resto de la conjuntiva se observa un estado de inflamación crónica.*

*En resumen: los únicos elementos importantes, desde el punto de vista anatomopatológico, son los datos proporcionados por reacciones histoquímicas, que demuestran que las concreciones están, casi exclusivamente formadas por sales de cal, especialmente carbonatos.*

**Etiología.**- *La afección se observa generalmente en la adolescencia y en la edad adulta, siendo igualmente atacados ambos sexos: se ve con mayor frecuencia en las clases acomodadas que en las pobres. Su frecuencia es grande: cuando me propuse hacer un estudio entre 500 individuos atacados de enfermedades oculares, encontré 20 casos, o sea un 4 %. (Esto en Bogotá, en Europa no he observado esta afección).*

*Las demás nociones etiológicas son muy vagas: los cultivos hechos en los medios habituales de laboratorio y las inoculaciones y frotis hechos en la conjuntiva del conejo, no han dado resultado alguno.*

*En una ocasión hice en suero fisiológico una emulsión del producto del raspado de las concreciones calcáreas y la inyecté en la cámara anterior del ojo de un conejo. Al día siguiente se formó en el campo pupilar un exudado blanco que comenzó a reabsorberse a los dos días, no quedando rastros de él al cabo de una semana. En otros casos, en que este exudado se ha formado, lo he encontrado estéril, y creo que no sea debido sino a una simple reacción*

*inflamatoria producida por los corpúsculos de carbonato de cal y las células que en tal caso obrarían como lo hiciera cualquier otro cuerpo extraño introducido en la cámara anterior.*

**Diagnóstico.**- *No se confundirá esta afección con la llamada litiasis conjuntival que se forma en la conjuntiva tarsiana, y cuyo examen stoquímico nunca revela la existencia de sales de cal; lo mismo sucede con los diacriolitos de la conjuntiva.*

*La conjuntivitis petrificante de Leber se parece un poco, pero ésta está localizada especialmente en el fondo de saco y ataca la conjuntiva bulbar; las lesiones se ulceran y se descaman, y aunque con el microscopio se ven infiltraciones celulares de sales de cal, nunca se forman concreciones duras de la consistencia y del tamaño de las que hemos observado en la presente afección, que proponemos llamar Conjuntivitis calcárea crónica. Las complicaciones córneas graves que describe Leber en su conjuntivitis, no se observan tampoco en la conjuntivitis calcárea crónica.*

**Pronóstico.**- *Es benigno en cuanto a que la visión no se altera, y corregidos los vicios de refracción y operadas las granulaciones el paciente se alivia. Las recaídas son la regla.*

**Tratamiento.**- *El tratamiento médico por el sulfato de zinc, el sulfato de cobre, las sales de plata y de mercurio, no dan resultado alguno. El único tratamiento del cual hemos obtenido buenos resultados, es el quirúrgico. Consiste éste en previa anestesia con cocaína y adrenalina, hacer al nivel de las concreciones calcáreas una escarificación con un cuchillo fino o con el escarificador de Desmarres y luego raspar con una cureta. La operación no es dolorosa, y a los dos días se puede quitar la curación. Contra el ligero estado inflamatorio que queda en los días siguientes pueden aplicarse compresas borricadas calientes y algunas gotas de colirio de sulfato de zinc al 2%.*

## Comentario

*Alfonso Tribín Piedrahita, M.D.\**

*Alfonso Tribín Ferro, M.D.\**

El doctor Arturo Arboleda, nacido el 24 de febrero de 1885, fue de los primeros oftalmólogos que hubo en la capital de la República y como tal ejerció su profesión, con mucho éxito y dedicación.

Obtuvo su título de Médico y Cirujano en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional el 25 de marzo de 1909. Viajó a Europa para completar su educación, y muy poco tiempo después de su grado, regresó al país con el título de Especialista en Oftalmología en París, otorgado por los servicios de oftalmología de los hospitales Hotel Dieu y Lariboisiere. Con mucho éxito, y ya de nuevo en su patria, el doctor Arboleda ejerció su profesión con dedicación y empeño.

Prestó servicios docentes y fue encargado de la Unidad de Órganos de los Sentidos de la Universidad Nacional en 1915 y Profesor de Fisiología en 1923 en el mismo centro docente. Sin embargo, su paso por la docencia fue fugaz y más bien se dedicó al ejercicio de su especialidad en el hospital de la Misericordia y en su consulta particular.

Fue presidente de la Sociedad de Cirugía de Bogotá en varios periodos y presentó numerosos trabajos entre ellos «Conjuntivitis Calcárea Crónica» el cual leyó en el segundo Congreso Médico Nacional reunido en Medellín en 1913.

Perteneció igualmente a la Academia Nacional de Medicina y siendo su vicepresidente, falleció fuera del país, el 28 marzo de 1938 en la ciudad de Rochester.

El trabajo que comentamos y que él consideró como una variedad de enfermedad conjuntival con identidad propia, pues manifestó no haberla visto en Europa, la denominó conjuntivitis calcárea crónica. En realidad esta afección conjuntival caracterizada por la presencia de depósitos calcáreos en la conjuntiva palpebral había sido referida en Europa en 1898 por Fuchs y Wintersteiner, según aparece en el libro Duker - Elder, volumen II publicado en 1938, y descrita como conjuntivitis petrificans.

Casi todos los autores, desde esa época, están de acuerdo en considerar estos depósitos de tipo calcáreo como secundarios a otras enfermedades crónicas de la conjuntiva especialmente el catarro conjuntival y no como una entidad con personalidad propia.

En la actualidad, la incidencia de estas inclusiones es poco frecuente y por lo tanto, es raro encontrarla en la práctica diaria, debido a que los buenos tratamientos de la conjuntivitis que las inducían, han hecho desaparecer estas complicaciones.

## Bibliografía

1. Duke - Elder, Sir W.S: Text of Ophthalmology. The C.V. Mosby Company, St. Louis, USA. 1938. Vol II, 1938. p. 1752.
2. Tribín Piedrahita, Alfonso: Discurso pronunciado en la Sesión Solemne de la Academia Nacional Medicina para la conmemoración del Centenario del nacimiento del doctor Arturo Arboleda. 22 de marzo de 1986, Bogotá- Colombia.

\* Médicos Oftalmólogos.