

Autolesionismo en Oftalmología. Enfermedades oculares autoprovocadas

I. Gallego¹

D. Zarco²

LM. Segovia³

L. Alonso Muñoz⁴

¹Oftalmólogo

Hospital

Universitario La Fe

Valencia

²Oftalmólogo

Hospital Virgen

del Consuelo

Valencia

³Psiquiatra

Hospital Militar

de Valencia

⁴Oftalmólogo

Clínica Oftalmológica

Rahhal

Valencia

Resumen

Las enfermedades oculares autoprovocadas no son frecuentes en la práctica diaria.

Se dan preferentemente en determinados ambientes y circunstancias; habitualmente en el contexto de una enfermedad psíquica, o bien buscando una recompensa o beneficio particular.

Últimamente, las demandas de responsabilidad médica, buscando una indemnización, pueden haber incrementado estos cuadros.

Las autolesiones en oftalmología se suelen limitar a blefaritis o blefaroconjuntivitis, con eventuales casos de queratitis a veces graves y rarísimamente cataratas.

Resum

Les malalties oculars autoprovocades no són freqüents en la pràctica diària.

Es donen preferentment en determinats ambients i circumstàncies; habitualment en el context d'una malaltia psíquica, o bé buscant una recompensa o benefici particular.

Últimament, les demandes de responsabilitat mèdica, buscant una indemnització, poden haver incrementat aquests quadres.

Les autolesions en oftalmologia s'acostumen a limitar a blefaritis o blefaroconjuntivitis, amb eventuals casos de queratitis a vegades greus i raríssimament cataractes.

Summary

Self-induced ocular diseases are not frequent in the current practice.

They occur preferably in certain environmental conditions and circumstances; usually either with a background of a psychiatric disease, or in subjects looking for compensation or a special benefit.

Recently, the medical responsibility lawsuits, looking for an indemnification, can have augmented these clinical pictures.

Self-induced lesions in ophthalmology usually are limited to blepharitis or blepharoconjunctivitis, with sometimes cases of serious Keratitis and very rarely cataracts.

Introducción

No es frecuente encontrar casos de enfermedades oculares provocadas en pacientes psiquiátricamente sanos.

Las autolesiones, tanto oculares como sobre otros órganos y sistemas, son más frecuentemente evidenciables en la Medicina Penitenciaria¹, en Medicina del Trabajo, de Empresa o Laboral en búsqueda de

indemnizaciones, en Medicina de Guerra y en determinados trastornos psiquiátricos².

Esta situación alcanza su máximo exponente en el *Edipismo*, como referencia a la autoenucleación ocular, derivada de la mitología griega, donde Edipo, rey de Tebas la practicó. Están descritos en casos de lesiones autolíticas, fundamentalmente en paciente psicóticos, asociadas o no autolesiones en otras partes del cuerpo³.

Correspondencia:

I. Gallego Lago

E-mail: lazarsl@hotmail.com

En el ambiente carcelario, las autolesiones en general, pueden explicarse como conductas de los internos, hacia su integridad física. Hivert² las interpretó como una forma de expresión de agresividad latente.

Otros autores⁴, “como la expresión de un repertorio de síntomas circunscritos a determinadas situaciones muy especiales que concurren en ese ambiente”. La expresión de estas conductas es diversa, incluyendo ingesta de cuerpos o líquidos extraños, enclavamiento de objetos y heridas incisivas entre otras.

También hay que señalar la existencia de un grupo de autolesiones dentro de las cuales hay que considerar determinados aspectos de especial interés como puede ser la simulación de una autolesión en forma de accidente por miedo o bien autoinflingirse una lesión atribuyendo a otro su autoría¹.

Las enfermedades propiamente oculares autoprovocadas más frecuentes -dentro de su rareza- son las blefaritis, las conjuntivitis, las queratitis con eventual opacificación corneal y excepcionalmente las cataratas.

Todo esto tiene importancia y consecuencias jurídicas, en actos tan aparente banales como la indicación y seguimiento de los portadores de lentes de contacto, en los que, según *Durán de la Colina*⁵, el aumento de demandas a oftalmólogos se ha multiplicado por 4 entre 1980 y 1999, hablando en la actualidad de una multiplicación por 10 en 10 años. Esta situación podría aún agravarse más, pues se ha propuesto incluso “invertir la carga de prueba de responsabilidad”, con lo que se asume que las prestaciones o servicios médicos funcionan mal “siempre que se establece o produce un daño”. Con esta propuesta, los médicos o responsables de los cuidados no podrían ser exonerados de responsabilidad aun demostrando diligencia y competencia normales. De imponerse esta tendencia,

-según opina el mismo autor⁵- se incrementará la tendencia pleitista.

Finalmente, es preciso tener en cuenta, si el sujeto toma alguna medicación, pues es posible que de una manera consciente o inconsciente pueda estar tomando medicamentos que tengan una repercusión más o menos importante a nivel ocular. A tal fin hemos adjuntado un listado con los medicamentos o sustancias más habitualmente implicados al final del capítulo, según *Fraunfelder* (Tabla 1).

Blefaritis

La blefaritis clínica, observable en forma de tumefacción del borde palpebral, eritema con escamas o costras en la base de las pestañas, apelmazamiento de las mismas, madarosis y sintomatología típica de ardor, picor, fotofobia, y epifora, pueden observarse con relativa frecuencia en la práctica diaria, apareciendo ligada a disfunciones de la glándula de Meibomio con seborrea (seborrea de Meibomio) y Meibomitis (Figura 1).

La blefaritis se ha simulado, simplemente arrancando o depilándose las pestañas y cauterizando el borde libre con *nitrato de plata* o *ácido nítrico*, lo que provoca una blefaritis y madarosis inmediata con sintomatología acompañante.

Algunos casos, pueden verse, en relación con el empleo de *harina de Mostaza* o *de Tapsia* (planta herbácea umbilífera) que provocan un intenso edema y eritema local.

El descubrir esta simulación, obliga a someter al sujeto a vigilancia con colocación de un vendaje oclusivo; que en caso de ser levantado por el indivi-

Blefarconjuntivis	Benoxinato, butacaina, cocaina, ciclopentolato, adrenalina, fisistigmina, insulina, metotrexato, nitrato de plata, óxido de mercurio, proparacaína, tetracaína, timerosal, tropicamida.
Cataratas	Aldosterona, alopurinol, betametasona, busulfán, carbamacepina, cobalto, cortisona, demecario, epinefrina, desoxicorticosterona, dexametasona, ecotiofato, edrofonio, fluoro-metolona, haloperidol, hidrocortisona, metilprednisolona, neostigmina, pilocarpina, silicona intravítrea, sales de talio, triamcinolona.
Conjuntivitis folicular	Adenina, anfotericina, B, atebrina, atropina, benzonaftol, carbacol, demecario, escolpamina, ecotiofato, fisostigmina, gentamicina, homatropina, hialuronidasa, neomicina, neostigmina, pilocarpina, sulfacetamida, trifluorotimidina.
Opacidades corneales	Alcohol, clorambucilo, cloroformo, citarabina, emetina, éter, fenilbutazona, oxifenbutazona, practolol, tricloroetileno, vinblastina.
Queratoconjuntivitis	Aspirina, morfina, opio, practolol, salicilatos.

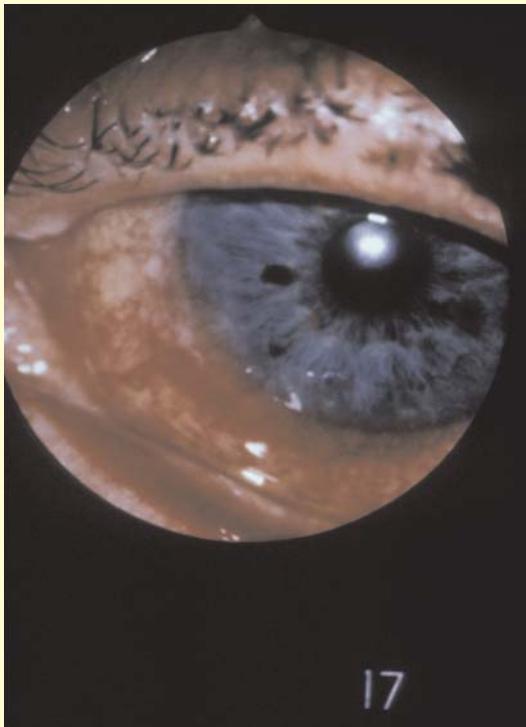
Tabla 1.
Sustancias más frecuentemente relacionadas con repercusión ocular (Fraunfelder F.T.)

Tomado de *Fraunfelder* (15)

Figura 1.
Blefaritis



Figura 2.
Inflamación limitada a fondo de saco



duo nos revela la violación de su precinto por parte del simulador.

Conjuntivitis

La conjuntivitis, constituye la entidad a la que más frecuentemente se recurre buscando su autoprovocación, por diversos motivos: la introducción rápida y fácil del agente irritante en el fondo de saco, mantenimiento de los signos de forma cómoda y discreta, la

reacción conjuntival es inmediata al primer contacto, los signos y síntomas logrados son objetivos, evidentes e intensos, los síntomas y el dolor o las molestias resultan tolerables y la reactivación del cuadro es fácil, rápida y sencilla.

Estudiaremos las características generales de las conjuntivitis autoprovocadas y los medios más habituales implicados en la provocación de las mismas.

Características generales

Unilateralidad de la lesión

Habitualmente se busca obtener el mejor resultado con la menor cantidad de molestias. Hemos de comprobar si la vía lagrimal está libre. De estarlo, debemos plantearnos la conjuntivitis como sospechosa, - junto con otros datos-, como más adelante veremos.

Signos objetivos de la conjuntiva

Si bien el aspecto entre una conjuntivitis autoprovocada y una real, es similar, hemos de tener en cuenta que el gran signo distintivo entre ambas es la localización de la inflamación (Figura 2). Mientras que en la conjuntivitis infecciosa genuina la conjuntiva bulbar y tarsal tienen prácticamente igual grado de inflamación, vemos que ésta predomina o se encuentra *limitada al fondo de saco* y partes adyacentes en la provocada; a veces con quemosis y pequeñas úlceras en esa localización.

En ocasiones, la eversión del párpado superior no muestra signos de inflamación o son mínimos. Ocasionalmente, se puede apreciar una línea de clara demarcación entre la zona afectada y la no afectada que pasa por el nivel del borde palpebral inferior.

La blefaritis acompañante -que generalmente aparece en los casos de blefaroconjuntivitis autoprovocada- también es más pronunciada en el párpado inferior. Lógicamente, el predominio de los síntomas en el fondo de saco inferior es consecuencia de que en él se deposita la sustancia nociva.

Caracteres de la secreción

Generalmente es escasa, aunque puede ser abundante en casos intensos, inveterados o recidivantes de conjuntivitis provocada. Aunque macroscópicamente es indistinguible de una conjuntivitis verdadera, pueden reconocerse en ella, partículas o restos de la sustancia nociva empleada.

Bacteriológicamente, pueden identificarse los gérmenes habituales de las conjuntivitis banales:

estrepto y estafilococos. No suelen encontrarse en los cultivos los gérmenes patológicos específicos de ciertas conjuntivitis.

Pero el examen citológico, puede mostrar células epiteliales descamadas, eosinófilos (9%-8%) englobados en una trama fibrosa, algún eritrocito y, a veces, restos de la propia sustancia nociva.

La *eosinofilia*, debería ser considerada como signo de presunción de conjuntivitis provocada, será proporcional a la duración de la afección y número de aplicaciones del agente irritante.

Métodos de provocación (sustancias más usadas)

Pueden agruparse en:

Conjuntivitis autoprovocadas por medios mecánicos: algunos sujetos recurren simplemente a restregarse vigorosamente la conjuntiva tarsal del párpado superior evertido, con sustancias abrasivas, polvo, o cuerpos extraños: arena, yeso, cemento.

Conjuntivitis por sustancias cáusticas: se aprecian lesiones lineares, puntiformes o difusas producidas por cáusticos, como cal de la pared, alumbre, clorato potásico, nitrato de plata, sulfato de cobre, nitrato de plomo, incluso polvo obtenido tras machacar cabezas de cerillas.

Conjuntivitis por medicamentos: se incluye la atebina, el benzonaphtol, el alcohol, etc.

Conjuntivitis autoprovocadas de origen microbiano: por inoculación del pus procedente de una uretritis blenorragica (es bueno recordar, la existencia de auténticas epidemias de conjuntivitis gonocócicas provocadas por autoinoculación, que se presentaron en las tropas inglesas frente a Flandes en la 1ª Guerra Mundial, en 1918).

Por productos vegetales: tabaco en polvo, cebolla, cocción de cactus, médula de saúco, granos de ricino, polvos de pimienta negra, ipecacuana, mostaza, cantáridas, etc.

Agentes varios: también se han utilizado un grupo de sustancias varias como pueden ser polvos de talco, ceniza de cigarro, jabón, orina, abonos minerales, polvo de DDT, tierra, sarro dentario, sal marina, etc.

Técnicas de detección y diagnóstico

Es importante, por supuesto, el *detectar el agente nocivo*, bien en la secreción en el fondo de saco, o

incluso en la superficie epitelial (Figura 3), a veces a simple vista, pero más fácil y detalladamente con la lámpara de hendidura.

Otro aspecto, en la detección es el estudio de la evolución del padecimiento, de manera que vemos que las autoprovocadas tienen tendencia a la curación espontánea en cuanto cesa la causa, y así como en las conjuntivitis genuinas infecciosas el vendaje oclusivo está contraindicado, en las provocadas frecuentemente, -y después de la limpieza de los fondos de saco- hace que mejore.

El diagnóstico de la lesión por ipecacuana (Figura 4) se hará identificando en el fondo de saco el polvo de la raíz y enviándolo a estudio microscópico de los granos de almidón de la ipeca. Una simple gota de solución yododurada de gram, colorea en azul oscuro los granos de ipeca, diferenciándolos así de los granos



Figura 3.
Partículas en la superficie epitelial



Figura 4.
Ipecacuana

Figura 5.
Granos de almidón



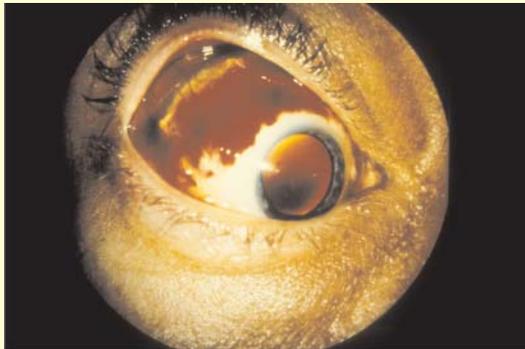
Figura 6.
Pimienta negra en polvo



Figura 7.
Semillas de ricino



Figura 8.
Hemorragia subconjuntival



de almidón de arroz (también muy pequeños) de los de trigo, (más rectangulares y gruesos) y de los de la patata, (desiguales, grandes y ovoideos) (Figura 5).

La identificación de polvo de hoja de tabaco, pimienta negra en polvo (Figura 6), es teóricamente posible en un laboratorio normalmente equipado, aunque dependiendo de los medios de que disponga a veces es difícil desde el punto de vista práctico, aún haciendo el examen simultáneo comparativo con las muestras de los polvos anteriores.

La pulpa de la semilla de ricino (Figura 7) reproduce los caracteres de la conjuntivitis catarral aguda y puede causar hemorragias subconjuntivales (Figura 8).

En general, las conjuntivitis de etiología mal definida, de curso prolongado y rebeldes al tratamiento o aparecidas en circunstancias especiales (ambiente carcelario, en el frente, etc.), sobre todo si mejoran espectacularmente ante la proximidad de permisos, vacaciones o fiestas, han de ser tenidas como sospechosas.

Para descubrir la simulación, además de los caracteres ya mencionados de las lesiones, observaremos los fondos de saco (sobre todo el inferior) por si quedan algunas partículas de sustancia irritante, completado con la investigación de los vestidos (y si se puede, de los utensilios del enfermo, en los que pueda ocultar) y emplear todos los medios de exploración de que se disponga: vigilancia clínica estrecha, lavados oculares diarios con suero fisiológico, investigación de las circunstancias de su ambiente laboral, etc.

Queratitis

Las queratitis son dolorosas y peligrosas de provocar, sin embargo, el desconocimiento de este último aspecto por parte del enfermo, ha inducido a algunos sujetos a autoprovocársela. Lo más habitual en estos casos es la aparición de una queratitis en el contexto general de una queratoconjuntivitis provocada. Su aspecto clínico es el de microerosiones epiteliales teñibles con fluoresceína, dispuestas irregularmente en el sector inferior de la córnea.

Para la simulación de una queratitis, se ha recurrido al nitrato de plata en barra. En este caso, es preciso recurrir a la investigación química del mismo, si bien su dilución en las lágrimas, por el cloruro sódico que contienen, lo pondrá de manifiesto al precipitar la plata.

Hay que mencionar, la simulación de una queratitis inicialmente inducida por el porte de una lente de

contacto defectuosa y que el paciente atribuye a otras motivaciones. Es posible encontrar sujetos, que perseveran en esa conducta a pesar de las molestias. En estos casos, y a pesar de existir una motivación médica para el uso de la lente: anisometropía marcada, queratocono, o afaquia monocular se debe desoír al paciente e invitarle a desempeñar su trabajo con gafas, pues cuando el uso de la lente sólo tiene una motivación estética o de comodidad para el paciente, no pueden ser causa de problemas médicos a nivel laboral⁶.

La gravedad que tienen algunas queratitis por L. de Contacto, es desconocida por estos sujetos que o bien las emplean para autoinducirse una determinada lesión corneal, o simplemente se las provocan por descuido o inadecuada manipulación, sin que exista inicialmente intención de engañar⁷ (Figura 9).

Ya se ha dicho, que las lesiones autoprovocadas en córnea son poco frecuentes. Se han dado casos de autoincisionarse pequeños cortes lineares bajo anestesia tópica (Figuras 10 y 11), tatuajes, etc., asegurando el sujeto que las cicatrices consecutivas, le provocan una disminución de la agudeza visual a pesar de no encontrarse en el eje visual.

Las lesiones corneales autoprovocadas son siempre superficiales y suelen ocupar el sector temporal de las mismas, de preferencia en el ojo de la mano dominante.

Cataratas

Las cataratas autoprovocadas se pueden encontrar de forma excepcional, existiendo el caso de autoprovocación por la aplicación de una sanguijuela⁸.

Lo que habitualmente nos encontramos, son cataratas provocadas por el ambiente laboral. La administración de sales de Talio, acetato de talio y Tartrato Talioso Potásico determina cataratas debido a la provocación de hipoparatiroidismo. Actualmente, se emplean comercialmente en forma de sulfatos como raticidas. Pueden llegar a ser mortales en el hombre, provocando habitualmente neuritis ópticas⁹. Por otra parte, el acetato de talio, determina también alopecia, sin relación alguna con las cataratas.

Experimentalmente, se pueden producir en animales de experimentación por la epinefrina, opacificaciones subcapsulares transitorias debidas a un trastorno del metabolismo hidrogenocarbonatado.

Respecto a la alegación de una catarata traumática como producida en el curso o con ocasión de un acto

profesional, pericialmente es preciso determinar dos aspectos:

- Si efectivamente ha sido producido, provocado o inducido por el traumatismo concreto achacado.
- Valoración y cuantificación del eventual menoscabo visual, desde el punto de vista profesional del lesionado.

El primer punto, no parece difícil, a priori, sobre todo si existen testigos que presenciaron el traumatismo ocular unido a la exploración con los signos clínicos típicos del ojo perforado, a la existencia de cuerpos



Figura 9.
Absceso corneal



Figura 10.
Cortes corneales lineales



Figura 11.
Lesiones corneales lineales

extraños, heridas en los anejos oculares, etc. Ahora bien, en los casos de accidentes contusos o de simples opacificaciones no evolutivas o con tendencia a una regresión favorable -aunque rara- de la transparencia del cristalino, la valoración y/o peritación del traumatismo, no resulta tan fácil.

Este tipo de cataratas postraumáticas “en roseta o en estrella”- de aparición habitualmente inmediata tras el traumatismo, puede confundirse a veces con cuadros de aspecto parecido, de origen no traumático (catarata senil, en “estrella de navidad”) (Figura 12), de igual localización, con irisaciones policromas y aspecto de miga de pan, que en cierto modo las asimilan a las postraumáticas.

Figura 12.
Cataratas en estrella

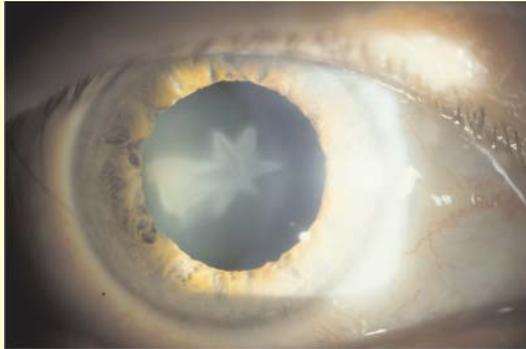
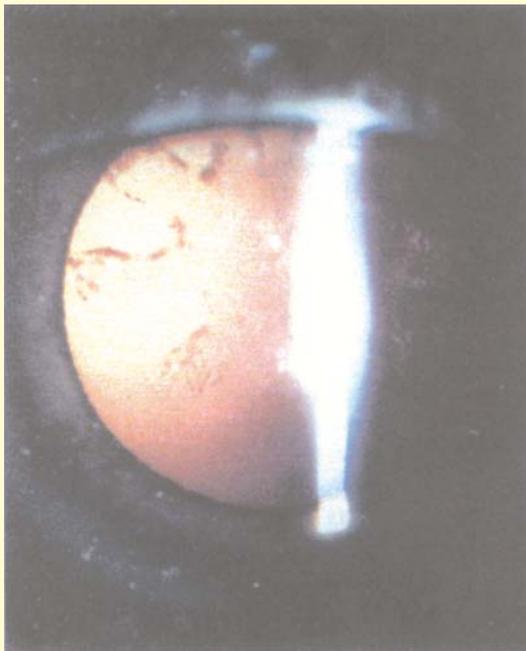


Figura 13.
Catarata tras electrocución



Hay que tener en cuenta, que estas cataratas en estrella, pueden además presentarse bastante tiempo -a veces años- después de una contusión ocular, y con una localización polar anterior, circunstancia ésta que pudiera no ser tenida en cuenta como catarata de origen postraumático.

Finalmente, entre las cataratas no autoinducidas, pero sí producidas en ambiente laboral propicio, hay que considerar las cataratas debidas al calor radiante, radiofrecuencia, microondas¹⁰, y sobre todo tras descargas eléctricas¹¹⁻¹³, producidas por el calor, que induce la desnaturalización de las proteínas del cristalino y la aparición de opacificaciones subcapulares periféricas.

Resulta conocido también el patrón “en flor” (Figura 13) descrito en los estadios iniciales de este tipo de lesiones¹⁴.

Bibliografía

1. Mohino S, Ortega L, Planchat LM, Dolado J. Diferencias clínicas y psicosociales entre jóvenes reclusos con episodios de autolesiones. *Rev Esp Sanidad Penit* 2002;4:78-83.
2. Hivert P. Psychiatric en milieu carcéral. *Encyclopedie Médico Chirurgical*. Tomo III. Paris, 1984.
3. de Damas B, Arbizu A, Romero C, Rico A. Edipismo: a propósito de un caso de autoenucleación de ambos ojos. *Cuadernos de Medicina Forense* 2003;31:47-52.
4. Arroyo-Cobo JM, Castellano M. Fisiopatología de las autoagresiones en prisión. *Rev Esp Med Legal* 1996;76:17-28.
5. Duran de la Colina JA, et al. *Complicaciones de las lentes de contacto*. Ed. Tecnimedia S.L., Cap. 29. 1998: 465-6.
6. Laiseca Negro J. Problemas del portador de prótesis y lentes de contacto en relación con la simulación. En: *La Simulación en Ergofoftalmología*. 1ª Ed. Madrid: CAPTA 1986:291-4.
7. Navarro Guerrero J, Zarco Villarosa D, Lorduy Osés A, Alemán Rodríguez A. Queratitis por acanthamoeba: a propósito de un caso bilateral. *Farmacia Hospitalaria* 1998;22:250-3.
8. Talko H. Máladies simulées . Altérations cristalliniennes. En: *Encyclo. Méd. Chir*. Tomo III. Paris, 1984.
9. Heano S, Finkelman P, Albert L. *Plaguicidas y salud en las Américas*. Washington OPS 1993:25-7.
10. Maestre Rovira J. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Higiene en el Trabajo. “Exposición a Radiofrecuencia y microondas” NTP.234.

11. García S, García M. Alteraciones oculares por electrocución. *Ann Soc Ergoofthalmol Esp* 1979;8:297-304.
12. Saffle J, Crandall A, Warden G. Cataracts: a long-term complication of electrical injury. *J Trauma* 1985;25:17-21.
13. Von Bahr G. Electrical injuries. *Ophthalmologica* 1969;158:109-17.
14. Medin Catoira J, Martínez de la Colina E, Carrillo Gijón S, Arcas Romero C. Lesiones oculares por electrocución: una patología poco frecuente. *Med Militar* 1994;50:175-80.
15. Fraunfelder FT. *Drug -induced ocular side effects and drug interactions*. Philadelphia: Ed. Lea & Febiger 1976.