

**HOSPITAL GENERAL DOCENTE  
“DR. AGOSTINHO NETO”.  
PROVINCIA DE GUANTANAMO**

**MIDRIASIS PUPILAR POR PARASITISMO  
INTESTINAL. INFORME DE DOS CASOS.**

*Dra. María Magdalena Olivé González<sup>1</sup>, Dra. Mayda Armas López<sup>1</sup>, Dra. Tania Fonseca Borges<sup>2</sup>.*

**RESUMEN**

Se realiza un estudio en el servicio de Oftalmología del Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto” de la provincia de Guantánamo, con el objetivo de presentar dos casos de parasitismo intestinal, el cual ocasionó midriasis a estos pacientes. Se realizan diversos estudios radiográficos y de laboratorio, con resultados negativos. Solamente resulta positivo el estudio de heces fecales y hemograma, y se diagnostica tricocéfalo en ambos pacientes, por lo que se concluye que los dos pacientes tenían midriasis por esta entidad.

**Palabras clave:** MIDRIASIS; PARASITOSIS INTESTINALES; MIDRIASIS / etiología; PARASITOSIS INTESTINALES/ complicaciones.

**INTRODUCCION**

A lo largo de la historia de la humanidad, los ojos han tenido una extraordinaria significación; gracias a ellos reciben los individuos las manifestaciones luminosas del mundo exterior, para apreciar correctamente la forma, el color y el tamaño de los objetos, lo que permite realizar las actividades propias de la vida de relación.<sup>1</sup>

El iris es un diafragma óptico cuya abertura central, la pupila, puede variar de tamaño. A través de sus múltiples conexiones nerviosas, la pupila está sometida a

---

<sup>1</sup> *Especialista de I Grado en Oftalmología*

<sup>2</sup> *Residente de Segundo Año de Oftalmología.*

diversas influencias, provenientes, unas, de la corteza cerebral, otras del sistema orgánico, y otras del medio humoral.<sup>1</sup>

Las infecciones parasitarias suelen provocar importantes procesos inflamatorios oculares, cuya gravedad, variable según los casos, puede comprender desde una conjuntivitis banal hasta la pérdida de la visión por alteraciones masivas de las estructuras oculares. La oftalmopatía puede ser la única manifestación clínica de una infección parasitaria, o bien acompañar los síntomas sistémicos.<sup>2-3</sup>

Muchas veces las parasitosis oculares tienen características clínicas inespecíficas, en otras ocasiones las lesiones son bastante típicas.<sup>3</sup>

En nuestro trabajo se informa acerca de dos casos de midriasis unilateral, infrecuente en nuestro medio, pero sí de extraordinaria importancia, pues quizás a las consultas asistan pacientes que refieren sólo alguna molestia ante la claridad, dificultad con la visión de cerca, o ambas, que sean ocasionadas por esta entidad.

## **INFORME DE CASOS**

1. Paciente: M.L.G.

Edad: 20 años

Sexo: Femenino.

Historia clínica: 222616

Motivo de consulta: Visión borrosa del ojo derecho.

Examen oftalmológico:

- Anexos: Normales en ambos ojos.
- Segmento anterior: Midriasis pupilar en ojo derecho.
- Medios refringentes: Transparentes en ambos ojos
- Fondo de ojo: Normal en ambos ojos.
- Movimientos oculares: Normales en ambos ojos.
- Reflejos pupilares: Ojo derecho: Ausentes.  
Ojo izquierdo: Normales

Estudios de laboratorio:

- Hemograma: Anemia y eosinofilia.
- Glicemia: Normal
- Serología: No reactiva.
- Eritrosedimentación: Normal.
- VIH: Negativo.
- Heces fecales: Tricocéfalo y áscaris lumbricoides.

Estudios radiográficos:

- Rx de cráneo, silla turca, órbitas, hendiduras esfenoideas, agujeros ópticos y órbitas: Normales
- Rx de tórax: Normal.

Campimetría: Normal.

2. Paciente: Y.L.P.

Edad: 16 años

Sexo: Femenino

H.C: 131416.

Procedencia: Rural.

Motivo de consulta: Visión borrosa en ojo derecho.

Examen oftalmológico: - Anexos: Normales.  
- Segmento anterior: Midriasis en el ojo derecho.  
- Medios refringentes: Normales.  
- Fondo de ojo: Normal en ambos ojos.  
- Movimientos oculares: Normales en ambos ojos.  
- Reflejos pupilares: Ojo derecho: Ausentes.  
Ojo izquierdo: Normales

Estudios de laboratorio: - Hemograma: Anemia y eosinofilia.  
- Glicemia: Normal.  
- Serología: No reactiva.  
- Eritrosedimentación: Normal.  
- VIH: Negativo.  
- Heces Fecales: Tricocéfalo y Necator.

Estudios radiográficos: - Rx de cráneo, silla turca, hendiduras esfenoidales,  
agujeros ópticos y órbitas: Normales.  
- Rx de tórax: Normal

Campimetría: Normal.

Múltiples son las causas de la midriasis, entre las que se destacan, en primer lugar, los procesos oculares; además, se hallan las contusiones, el glaucoma agudo, las atrofas del iris. También, se describen las medicamentosas; los parasimpaticolíticos (atropina, escopolamina, homatropina) causan midriasis paralítica, y los simpaticomiméticos (cocaína, efedrina, adrenalina) ocasionan midriasis espasmódica.<sup>1-3</sup>

Frecuentemente, las enfermedades neurales pueden causar midriasis; ésta puede ser paralítica, ocasionada por parálisis del parasimpático, o espasmódica, por la excitación del simpático.<sup>3</sup>

Entre las causas de midriasis paralítica se mencionan las que causan parálisis del IV par (las fibras parasimpáticas pupilares se encuentran unidas a las del IV par craneal)

ya sean nucleares o periféricas, por eso es frecuente en las hemorragias cerebrales, tumores cerebrales y en los traumatismos de base de cráneo.<sup>3</sup>

Debido a que en algunas infecciones del sistema nervioso se afecta de forma selectiva la musculatura ocular extrínseca, específicamente por lesión del IV par, también se puede encontrar midriasis, entre éstas se encuentran las encefalitis virales y en el tétanos; las meningitis, purulenta y tuberculosa, suelen ocasionar midriasis en fase final.<sup>3</sup>

Como causas de midriasis espasmódica, aquellas que irritan el centro simpático cilio espinal, se hallan los tumores de la médula cervical, la siringomielia, los hematomas por traumatismos medulares graves, los tumores del mediastino y del vértice del pulmón.<sup>1-3</sup>

Generalmente, todas esas enfermedades capaces de ocasionar midriasis se acompañan de un grupo de manifestaciones que facilitan el diagnóstico.

Para llegar al diagnóstico se tuvieron en cuenta todas estas entidades, ante la negatividad de los resultados y debido a la alta incidencia de parasitismo, ya que algunos parásitos actúan sobre las terminaciones nerviosas del simpático, lo que provoca fenómenos reflejos, que tienen como punto de partida la forma intestinal, y otros lo hacen sobre la mucosa nasal y ocular; nos decidimos a realizar estudios de laboratorio de heces fecales, que dieron como resultado la presencia de tricocéfalo y áscaris lumbricoides, en uno de los pacientes, y en el otro, tricocéfalo y Necator.<sup>4-10</sup>

Es, precisamente, el tricocéfalo el que actúa sobre las terminaciones nerviosas, el cual ocasiona, entre otras manifestaciones, la midriasis pupilar.<sup>11-15</sup> Al valorar lo anteriormente expuesto, se aplicó tratamiento para tratar esta parasitosis, con el que desapareció la midriasis después de obtener resultados negativos en los estudios de heces fecales, lo cual nos llevó a concluir el diagnóstico de midriasis por parasitismo intestinal.

## **CONSIDERACIONES FINALES**

El parasitismo intestinal es una entidad que puede provocar múltiples trastornos en el organismo, incluyendo el órgano de la visión. En nuestro estudio resultó ser el tricocéfalo el causante de midriasis pupilar, por lo que recomendamos tener en cuenta esta parasitosis en las consultas de oftalmología.

## BIBLIOGRAFIA

1. Allen J. Manual de las Enfermedades de los Ojos. 16<sup>a</sup> ed La Habana: Pueblo y Educación 1972: 138-9.
2. Pasmanik S. Parasitosis Oculares. En Atias A. Parasitología Clínica. Cap. 47, Santiago de Chile:Mediterráneo 1996:390.
3. Happe W. Memorix. Cap 13 Barcelona: EDI MSA 1999: 248-40.
4. García J. Tricocefalosis en el Adulto. Experiencia en 15 pacientes. Rev Med Mexicana 1998; 108: 506-9.
5. Wilson H. Experience with Mebendazole in the treatment of tricocefalosis. Am J Trop Med 1998; 29: 288-9.
6. Kolms H J, Pedersen C. Parasitologic Diagnosis. Ascaris Lumbricoides. Ugeskr Laeger, 26 Jun 2000; 162(26): 3748.
7. Wu ML, Jones Wa. Ascaris Lumbricoide. Arch Pathol Lab Med Jan, 2000; 124 (1):1745.
8. Amaro MH. Reports of diffuse unilateral subacute neuroretinitis. Arch Ophthalmol Nov 2000; 118(11): 1593.
9. Grahn BH, Wolfer J. History and clinical signs. Can Vet J, Apr 1998; 39(4): 247-8.
10. Klotz SA, Penn C C. Fungal and parasitic infections of the eye. Clin Microbiol Rev, Oct 2000; 13(4): 662-85.
11. Sevel D. Surgical treatment of parasitic cysts. Ophthalmology, Jun 1998; 105(6): 941-2.
12. Abramson J, Kushnick HJ, Mayers M. Ocular manifestations of systemic infection. Curr Opin Ophthalmol, Dec 1994; 5(6): 84-90.
13. Silverstein BE. Parasitic corneal infection. Int OphthalmolClin. Fall 1998; 38(4): 179-82.
14. Young JA, Ryun ET. Parasitic infections of the anterior segment. Int Ophthalmol Clin. Summer 1996; 36(3): 49-71.
15. Pearlman E, Hall LR. The role of eosinophils and neutrophils in helminth-induced keratitis. Invest. Ophthalmol Vis Sci, Jun 1998;39(7): 1176-82.