

El niño simulador en oftalmología

I. Gallego¹
D. Zarco¹
V. Rodríguez
Salvador²
E. Semino³
LM. Segovia⁴

¹Oftalmólogo. Hospital Virgen del Consuelo (Valencia)
Clínica Oftalmológica Xabia, SOCV.
²Oftalmólogo Hospital Comarcal Vinaroz (Castellón), SOCV
³Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria Unidad Pediatría Centro de Atención Primaria La Senia Tarragona
⁴Especialista en Psiquiatría Hospital Militar de Valencia

Resumen

La Pérdida Visual Funcional (P.V.F.) en niños es una entidad a tener en cuenta en la Patología oftálmica diaria. Buscaremos su origen -después de descartar patología orgánica- en un proceso subconsciente o en una llamada de atención del niño que precisa ayuda psicoterapéutica. En el presente trabajo se proponen una serie de sencillas técnicas que no requieren instrumental ni aparataje sofisticado y que, por tanto, pueden ser de utilidad a nivel ambulatorio. Sin embargo, se recalca la eventual superposición de la P.V.F. con pérdidas de origen orgánico real, señalando especialmente el hecho de que algunos casos de P.V.F. no se demuestran fácilmente, incluso ni para un oftalmólogo avezado.

Resum

La Pèrdua Visual Funcional (P.V.F.) en nens és una entitat a tenir en compte en la Patologia oftàlmica diària. Buscarem el seu origen -després de descartar patologia orgànica- en un procés subconscient o en una trucada d'atenció del nen que precisa ajuda psicoterapèutica. En el present treball es proposen una sèrie de senzilles tècniques que no requereixen instrumental ni aparells sofisticats i que, per tant, poden ser d'utilitat a nivell ambulatori. Tanmateix, es recalca l'eventual superposició de la P.V.F. amb pèrdues d'origen orgànic real, senyalant especialment el fet que alguns casos de P.V.F. no es demostren fàcilment, fins i tot per a un oftalmòleg expert.

Summary

The Functional Visual Loss (F.V.L.) especially in children is an entity to take into account on the daily pathology. In order to find its origins, is a method of discarding organic pathology on a subconscious process, or the call for attention by the child who needs a psychotherapeutic help. On this paper, there is a series of proposed simple technique and does not need sophisticated instruments, in such a way that it can be ambulatory. Nevertheless, we emphasize on the eventual superposition of the F.V.L. with a lose of real organic origin, indicating especially the fact, that some cases of the F.V.L. are not easily detected even by some expert ophthalmologists.

Introducción. Concepto. Causas

El término de Simulación en Oftalmología ha ido sustituyéndose -de forma equívoca para algunos- por el de "Pérdida Visual Funcional" (P.V.F.) o "Functional Visual Loss" (F.V.L.) de la literatura anglosajona.

La simulación es la pérdida de visión alegada por un sujeto conscientemente y con un claro beneficio personal. Por ello, el término PVF podría ser válido, añadiendo el adjetivo de "Psicógena", con lo cual se diferencia de la simulación consciente de pérdida visual (Dr. Esteban de Antonio, comunicación personal).

Los términos de "Anestesia Retiniana", "Parálisis Retiniana" y otros parecidos, se corresponden gene-

ralmente con una arcaica terminología, con el significado de ambliopía o ceguera respectivamente¹.

Esta entidad, puede tener más prevalencia en niños²⁻⁷, pudiéndose establecer que corresponde al 1-5% de los niños que ve un oftalmólogo general⁸.

A diferencia de un adulto, que habitualmente simula de forma deliberada y fraudulenta, o bien exagera los síntomas de una enfermedad ocular; el niño presenta normalmente un proceso subconsciente que frecuentemente precisa de tratamiento psicoterápico⁹.

Sin embargo, tanto adultos como niños pueden ser simuladores conscientes y tener además una ambliopía o incluso una ceguera psicógena. Lo que sí es evidente, es que en el adulto se da más la

Correspondencia:
Irene Gallego Lago
Clínica Oftalmológica Xabia
Xabia 4, 1º. 46010 Valencia
E-mail: oftalmovalencia
@hotmail.com

simulación delictiva que en el niño -quien además, por su edad, carece de responsabilidad jurídica-. Pero hemos de recalcar que hay niños que mienten y simulan descarada y conscientemente; y adultos con problemas exclusivamente psicógenos que resuelve perfectamente el psiquiatra.

Al parecer, los niños, comienzan a distinguir lo verdadero de lo falso hacia los 6-7 años, siendo a partir de los 8 años cuando sus juicios revisten cierta intencionalidad¹⁰.

La necesidad de establecer un *precoz diagnóstico* en estos casos es múltiple y diversa:

- Se evita una sobre carga al especialista con numerosas visitas de unos angustiados padres, por un proceso que en la mayoría de los casos es realmente banal.
- Se eluden al paciente pruebas peligrosas y/o penosas a la vez que de alto costo.
- Se pueden enviar de forma temprana a estos pacientes al psicólogo o mejor al psiquiatra infantil o a otras instituciones para su tratamiento efectivo.

En relación con este último dato, es de importancia destacar el estudio de Catalano⁹, en donde un número significativo de jóvenes pacientes afectados de P.V.F. mostraron dificultad de adaptación escolar o familiar e incluso abusos sexuales.

Aspectos diagnósticos

Su diagnóstico y tratamiento no suponen en principio menores dificultades que las que presenta la Pérdida Visual Orgánica¹¹.

El médico debe considerar siempre la posibilidad de que coexistan simultáneamente patología orgánica y funcional, para lo que ha de demostrar que los resultados de la exploración son incompatibles con la fisiología de la visión o que pueden mejorarse mediante la sugestión o la persistencia en el examen.

El examen -a nivel ambulatorio básico que proponemos- se expone en la Tabla 1. Si el resultado del estudio es normal, debemos de comenzar a pensar en una P.V.F. -psicógena o no-, teniendo presente como ya se ha comentado, que ésta puede superponerse a una Pérdida Visual Orgánica; así como al hecho de que algunas causas orgánicas de pérdida visual no se demuestran fácilmente.

Sólo mencionaremos, las pruebas de diagnóstico o sospecha que *no requieren métodos sofisticados* y que pueden encontrarse en una consulta de tipo ambulatorio.

Antes de nada, conviene mencionar, que, como sucede en el adulto, los casos infantiles pueden ser de grado importante y bilaterales, aunque requieren la mayoría de las veces de un gran esfuerzo de concentración por parte del individuo, soliendo conformarse con referir visión borrosa con eventual compromiso campimétrico (ya constante o intermitente) y/o cefaleas, diplopia uni- o binocular y micropsia.

Finalmente, resulta curioso señalar la influencia de factores como el sexo, la edad y el mes del curso escolar; encontrando Mäntyjärvi¹³ mayor incidencia en niñas entre 9-11 años y durante los meses de Septiembre y Octubre, siendo mínima en Agosto y Diciembre, en un estudio efectuado en 14.000 escolares entre los 7-18 años.

Técnicas ambulatorias de detección

Con los métodos que se describen aquí -por otra parte empleados en el adulto y conocidos de antiguo- si bien no llegamos a cuantificar la supuesta pérdida o deterioro visual simulado, sí al menos llegamos a sospecharla.

La base se encuentra -como siempre- en la realización de una buena historia clínica, seguida de la exploración. Es en el momento en el que notamos algo "extraño" en las respuestas, cuando empezaremos a verificar los test de simulación.

Se recomienda que una vez confirmada la simulación por nuestra exploración, nos quedemos a solas con los padres para interrogarles por posibles problemas psicológicos, escolares, familiares o de la índole que fueran, que pudiera tener el niño.

No es conveniente decirle nada al niño, salvo que se le van a dar unas "vitaminas" para mejora su

-
- Toma de A.V. (Piggassou, Anillos de Landolt, E de Snellen, Ganchos de Pfüger...).
 - Estudio de los reflejos pupilares y motilidad extínseca palpebral.
 - Refracción bajo cicloplegia.
 - Fundoscopia, con comprobación de la fijación con visuoscopio.
 - Estudio de las forias, tropias, y la amplitud de la convergencia.
 - Examen del polo anterior.
 - Tonometría y estimación del ángulo iridocorneal (Técnica de Vena)¹².
 - Campimetría (si es preciso).
-

Tabla 1.
Exploración ambulatoria
básica en el niño con P.V.F

visión, asegurándole que con ellas curará de “su enfermedad”.

Alteraciones Campimétricas

En ocasiones, los niños simulan alteraciones del campo visual, normalmente bilaterales. El motivo es que de esta manera pueden justificar un mal rendimiento escolar, cosa que no podrían hacer si el defecto fuese sólo unilateral.

Lo más corriente son afectaciones concéntricas de los campos. Son extraordinariamente raras las simulaciones de cuadrantanopsias (pues los niños ignoran su existencia), tanto es así que en el caso de encontrarlas en un niño, pensaremos de inmediato en una lesión orgánica real.

Un método sencillo, consiste en situar al niño en una habitación oscura y de forma repentina encender una linterna en el campo supuestamente anópsico, comprobando –si se trata de un simulador- que el niño mira atraído por la luz que él no debe en ningún modo ver.

Otro método -ya clásico- y empleado con éxito en los adultos, consiste en ocluirle al niño el ojo declarado sano (si alega afectación unilateral), y observarle cuando anda por una habitación obstruida con muebles aislados, fijándonos si procura evitar los obstáculos colocados dentro del campo binocular declarado por él como ciego. Esta prueba no es en ningún modo de valor absoluto, aunque la mencionamos por ser una prueba empleada desde antiguo con resultado satisfactorio¹³.

Algunos niños simuladores de una hemianopsia, por ejemplo derecha, dicen poder leer únicamente la mitad izquierda de una escala de optotipos; no pudiendo distinguir las letras de la parte derecha. Como la visión binocular está conservada -salvo en casos muy raros- es evidente que los optotipos más finos pueden ser siempre vistos por un hemianópsico.

Ambliopía

Suelen referirla los niños, como “visión borrosa” uni o bilateral, en ocasiones acompañados de cuadros abigarrados de visión doble, incluso triple y/o pérdida total intermitente de la visión junto con cefaleas, lo que nos pone en guardia ante un cuadro de simulación, sobre todo si la exploración física es normal.

Para evitar complicaciones en la exposición nos limitaremos a aquellos casos en los que la A.V. es medible mediante escalas u otros aditamentos, ya que los niños que declaran ver sólo bultos, movimiento de personas o grandes objetos, pero afirman no poder contar dedos ni leer optotipos plantean problemas bastante más arduos, incluso para el especialista más avezado.

Prueba de la escritura

Es una prueba ya clásica también utilizada en adultos^{10,14} y que puede emplearse en niños desde los 7-8 años, con buen resultado, sobre todo aquellos que aquejen afectación visual bilateral.

Se invita al niño que escriba su nombre o bien dibuje un determinado objeto o un animal. Lo normal es que lo haga correctamente a distancia ordinaria. Durante el dibujo, se le interrumpe con un pretexto cualquiera y después se le hace continuar. Si coloca el lápiz en el mismo punto donde lo había levantado, su A.V. es de al menos 1/10. Después trazaremos una línea recta, del mismo grosor que los trazos de su escritura y se le dice al niño que lo prolongue. Si el niño dice que no lo puede hacer, pensaremos en simulación.

Prueba del espejo plano

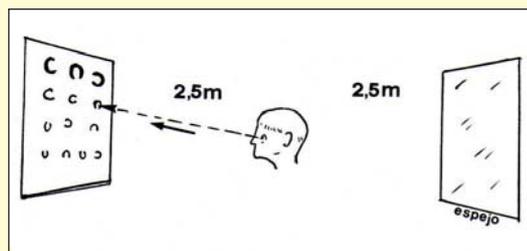
Primero determinaremos la A.V. a 5 metros. Después colocaremos al niño frente un espejo plano y a 5 metros de distancia de él y al lado o sobre su cabeza, reflejándose en el espejo, la escala de optotipos o las tarjetas especiales con las letras invertidas (Figura 1).

Lógicamente, la imagen se formará a 5 metros tras el espejo, es decir, a 10 metros del niño. Si declara ver la misma línea de optotipos que en un principio es que en realidad ve el doble de lo que dijo primeramente.

Prueba de Barthelemy

Puede considerarse una prueba más hábil e ingeniosa¹⁵. Situamos al niño en el centro de la habitación a mitad de distancia entre el espejo y las escalas de optotipos, y tomamos su A.V. mirando directamente

Figura 1.
Prueba del espejo plano



a éstas. Después -sin variarle de sitio- (Figura 2) se le gira media vuelta y se vuelve a tomar su A.V. a través del espejo, con lo que la distancia es 3 veces superior a la primera.

Es muy difícil, que el niño examinado se aperciba de que sin moverse y sólo dándose la vuelta se triplica la distancia real del examen, y mucho menos que sepa calcular o deducir la diferencia de contestaciones respecto a la agudeza que corresponde a esta variación de distancias.

En la exploración del niño presunto simulador o con supuesta P.V.F., en ocasiones métodos de sorpresa muy sencillos basados en la sugestión nos han dado muy buen resultado. Podemos interponer ante el ojo explorado un *crystal neutro*, y aún mejor de *color* – como recomienda el Dr. Esteban- asegurándole al niño que con ése cristal “especial” su defecto de visión, si realmente lo tiene, debe quedar inmediatamente corregido. Así, a veces nos es posible hacerles leer la totalidad de las letras del cartel de optotipos.

También, -tanto a niños como a adultos- les llama extraordinariamente la atención el mayor o menor grosor de los cristales de las lentes de prueba, asociando generalmente un mayor grosor con mayor severidad de su pretendido padecimiento ocular.

Basados en ello, podemos interponer ante el ojo supuestamente ambliope -estando el sano ocluido- de forma muy ostensible cristales de alta potencia pero de signo contrario (-6,00 con +6,00 –o más potencia-), de forma que el paciente “note que lleva una gran corrección”; incluso es recomendable la interposición de algún prisma de 10.00 o más dioptrías prismáticas, para acrecentar la sensación de llevar “mucho graduación”.

En cuanto a los optotipos empleados, y que pueden aplicarse asociados a las pruebas de los espejos, son en principio los mismos que en el adulto:

Escala de Optotipos de Terson

Puede aplicarse en niños en edad escolar y por supuesto que conozcan las letras, números o estén familiarizados con los optotipos de Snellen, entremezclados y sin un orden preestablecido y colocados en una lámina única. El niño, al carecer de referencias de tamaño entre una y otra líneas no puede calcular a partir de que línea debe dejar de ver (Figura 3).

Optotipos de Sellas

Formadas por los clásicos anillos de Landolt. Aunque todos tienen igual tamaño, cada anillo dispone de diferentes aberturas (Figura 4).

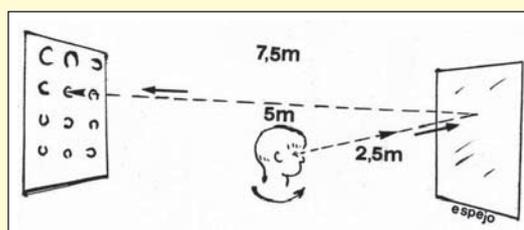


Figura 2.
Prueba Barthelemy

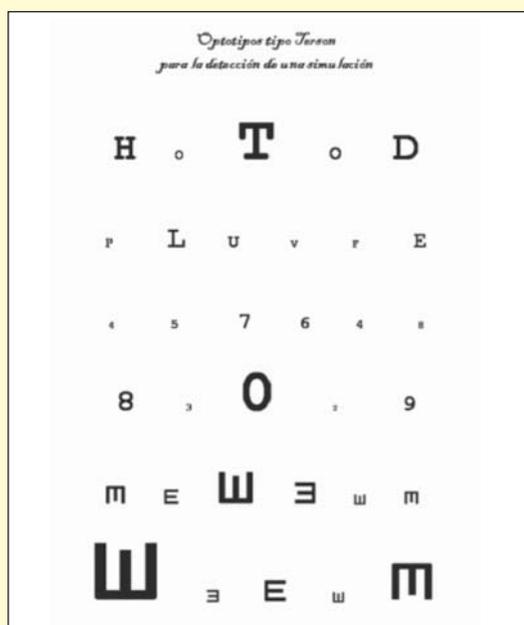


Figura 3.
Escala de optotipos de Terson

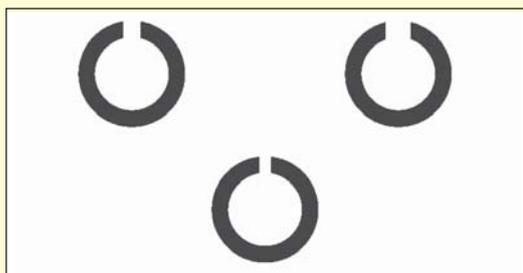


Figura 4.
Optotipos de Sellas

El niño es incapaz de saber que lo que realmente condiciona la medida de la Agudeza Visual es el tamaño de esta abertura y no el tamaño global del test.

Optotipo de Thibaudet

Son de tipo “peine”, similares a las *E de Snellen* (Figura 5). Se basan en la confusión que producen en el niño la desigualdad de tamaño entre dos signos en los que se

han aumentado el número y la longitud de las “púas”, sin variar el grosor de los trazos ni los intervalos o espacios que los separan. Por lo tanto, el niño ve optotipos de muy diverso tamaño pero que realmente se corresponden con idéntica agudeza visual. Por ello, lo normal es que tiendan a “ver” sólo los más grandes.

Actuaremos de idéntica forma a la que se emplea en el adulto: comenzaremos determinando la A.V. según el procedimiento habitual. A continuación presentamos uno de los signos de Thibaudet correspondientes a una A.V. mayor.

Figura 5.
Optotipos de Thibaudet

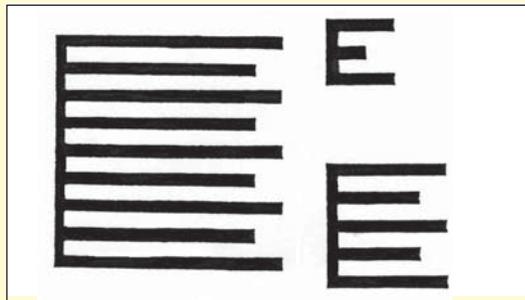
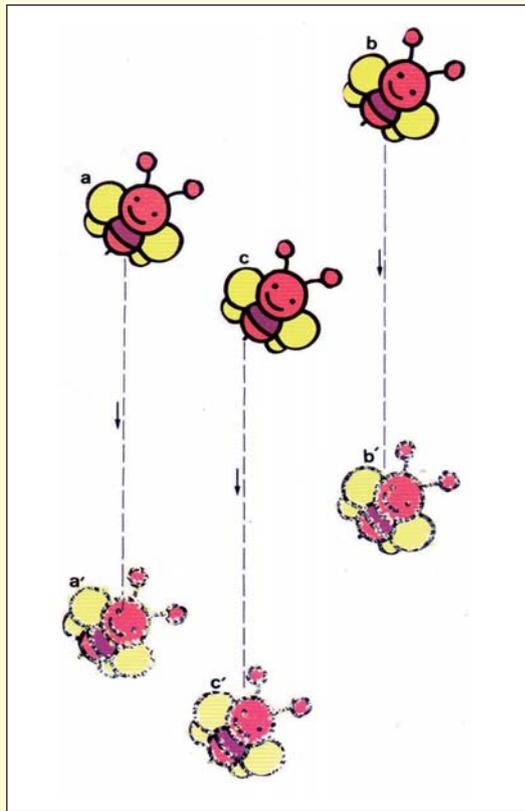


Figura 6.
Prueba de Bonnet



Si el niño no reconoce la posición de los brazos, se le presentará otro signo correspondiente a la misma A.V. pero con tamaño global mayor. Si logra distinguirlo ahora, la simulación resulta manifiesta.

Pruebas con cristales esféricos y prismas

Estas son pruebas clásicas empleadas con los adultos, pero que pueden ensayarse en niños, en ocasiones con éxito en el diagnóstico de supuestos defectos *unilaterales*.

Se sitúa al niño a 5 metros de la escala de optotipos, colocando ante el ojo problema un cristal neutro y ante el ojo sano (siempre que el niño no sea hipermetrope) un cristal convexo de +4,00 o +5,00 diopt., que le imposibilita la visión nítida más allá de 20 o 25 cm. Si la lectura de los optotipos es posible es que los lee con el ojo declaradamente ambliope.

Colocamos ante el ojo sano un cristal de +2.00 -dejando el punto remoto a 50 cm- y ante el supuestamente amaurótico uno de +4,00 dioptrías con lo que el punto remoto queda situado a 25 cm. Aproximadamente. A continuación le facilitamos un cuento o libro infantil con texto e ilustraciones. Si el pequeño coloca el texto y ve mejor los tipos de letra a 25 cm que a 50 cm, es que los lee con el ojo declarado ambliope o amaurótico.

Prueba de Bonnet: Se coloca ante un ojo un prisma de 8 dioptrías prismáticas con base inferior, y en el otro un prisma de 10 dioptrías prismáticas de base superior. Sentamos al niño ante una mesa en la que hay, sobre una superficie blanca sin marcas ni pliegues que pudieran servir de referencia, tres objetos idénticos. Nosotros recomendamos⁹ tres dibujos llamativos, colocados en la misma orientación y en una posición similar a la que se indica en la Figura 6. Decimos al niño que coloque un dedo sobre el dibujo que tenga *más cerca* y después sobre el *más alejado*.

Si el niño, realmente tiene un importante defecto monocular, colocará su dedo sobre *c* y después sobre *b*, ya que el niño no percibe la diplopia provocada por los prismas y lo único que sucede es que ve los dibujos con el desplazamiento correspondiente al efecto del mismo. Si ven ambos ojos, señalará *c* y *b* por la confusión creada por la diplopia artificial, sospechando simulación o P. V. F.

Otros¹⁰, modifican la prueba, poniendo 5 o 6 monedas iguales, pidiendo al examinado que con el dedo las vaya poniendo en línea recta. En el sujeto sano es posible constatar como su dedo intenta, más de una vez, mover una moneda inexistente. Quien sólo vea por un ojo no tendrá dificultad alguna en hacerlo.

Consideraciones

Intentamos recordar, en este trabajo, algunas pruebas de carácter sencillo que en ocasiones hemos aplicado con éxito en niños con P.V.F.

Coincidimos, con la mayoría de los autores en que la base del diagnóstico – o al menos de la sospecha de la simulación en el niño- tiene su fundamento en la normalidad de los datos de la exploración física, sobre todo en el estudio del estado refractivo, reflejos pupilares y fundoscopia, junto con lo obtenido en la anamnesis e Historia Clínica: condicionantes familiares, sociales, económicos, o escolares.

Los procedimientos propuestos, son clásicos en Ergoftalmología, basados en la sorpresa y frecuentemente en la sugestión, pero nos han servido por lo sencillos, rápidos y poco agresivos en el intento de detectar una P.V.F. en algún niño y derivarlos al profesional adecuado.

Sin embargo, en otras ocasiones se precisa -claro está- el concurso de métodos más sofisticados: ERG, EOG, Potenciales Evocados, Test optocinéticos, estereoscópicos, OCT, GDX, RNM, AGF, etc. alguno de los cuales no está exento de riesgos y que por su alto coste no se encuentran en una consulta ambulatoria.

Afortunadamente, casi todos, -por no decir todos los casos- tienen buena evolución en un periodo que puede ser de meses, aunque algún paciente ha precisado años¹⁶⁻¹⁸.

Por último, no creemos necesario recurrir a pruebas tales como el *azul de metileno*, que preconiza Vallon¹⁹ en niños, y que consiste en la administración de un vial de suero fisiológico intramuscular al día tras lo cual se administra 1 amp. de azul de metileno vía intramuscular, advirtiéndole al niño que la aparición de orinas azules es signo inminente de curación.

Aunque se han empleado métodos muy diversos unos más o menos ingeniosos que otros: hipnosis, psicoanálisis, administración de placebos³, aceite de oliva²⁰, creemos -junto con la mayoría- que la restauración del apoyo familiar, eliminando los conflictos subyacentes escolares o sociales, etc., además del asesoramiento a los padres sobre la mejor forma de conducirse con los niños y la conveniencia de un psicólogo -o mejor-, de un psiquiatra infantil puede proporcionar la solución de todos los casos.

Agradecimientos

Al Dr. D. Mario Esteban de Antonio.

Bibliografía

1. Esteban de Antonio M. Glosario *Lingüístico de términos relacionados con el estrabismo a través de la Historia. XXV Aniversario de la SEE*. Ciba-Visión. 1996: 61-4.
2. Wolf E, Lachman GS. Hysterical blindness in children: report of two cases. *Am J Dis Child* 1938;55:743-9.
3. Yasuna ER. Hysterical amblyopia in children and young adults. *Arch Ophthalmol* 1951;45:70-6.
4. Yasuna ER. Hysterical amblyopia in children. *Am J Dis Child* 1963;106:558-63.
5. Costembader FD, Mousel DK. Functional amblyopia in early adolescence. *Clin Proc Child Hosp* 1964;20:49-58.
6. Van Balen A, Slijper FE. Psychogenic amblyopia in children. *J Pediatric Ophthalmol Strabismus* 1978;15:164-7.
7. Rada RT, et al. Visual conversion reaction in children. I Diagnosis. *Psychosomatics* 1969;10:23-8.
8. Catalano R, Simon J. Functional Visual Loss in children. *Ophthalmology* 1986;93:385-90.
9. Gallego I, Zarco D. La Pérdida visual funcional en niños: aspectos de su diagnóstico ambulatorio. *Ciencia Pediátrica* 1996;16:21-6.
10. Esteban de Antonio M. *La simulación en ergoftalmología*. Cap II: La simulación. Generalidades. Madrid: EDIT. Capta. 1986:53-8.
11. Gittinger JW, Asdourian GG. *Manual de problemas clínicos en Oftalmología*. Barcelona: Edit. Salvat. 1990:237-9.
12. Vena A. Biomicroscopía de la Cámara anterior. *Arch Soc Oftal Hisp-Amer* 1966;26:867-71.
13. Mäntyjärvi MI. The ambliopic Schoolgirl Syndrome. *J Ped Ophthalmol and Strabismus* 1981;18:30-3.
14. Díaz Alcrudo R. *Enfermedades Simuladas. Clínica y Peritación*. Madrid: Ed. Raigal 1950:390-422.
15. Barthelemy J A. *L'examen de la vision*. París: Ed. Baillière et fils 1889.
16. Kramer K, La Piana F. Ocular malingering and hysteria: Diagnosis and management. *Survey of Ophthalmology* 1979;24(2):89-86.
17. Burch FE. Hysterical amblyopia and amaurosis. *Am J Ophthalmol* 1925;8:699-712.
18. Rada TR, Krill AE. Visual conversion reaction in children II. Follow up. *Psychosomatics* 1973;78:3-20.
19. Haye Ch, Vallon J. La vision de l'enfant et sa mesure. Tables Redones de l'Hotel-Dieu de Paris. *Rev Chibret* 1973;78:3-20.
20. Wilson JE. Hysterical ambliopia. *Am J Ophthalmol* 1948;31:1635-8.
21. Donin JF. The Ophthalmic flake syndrome. En: Smith JL (ed). *Neuro-Ophthalmology*. New York: Masson 1982:898-8.