

Pérdida visual no orgánica

Non-organic visual loss

JC. López García, R. Alcubierre

Resumen

En ocasiones acuden al oftalmólogo pacientes que manifiestan una sintomatología ocular, en los que tras una exploración laboriosa no se encuentra una causa orgánica. Estos síntomas pueden deberse a una intención de engañar, el simulador, o a una anomalía psíquica subyacente. En ambos casos, es importante conocer el contexto familiar y laboral, revisar toda la historia clínica, y comprender las principales estrategias de abordaje y comunicación con el paciente.

Palabras clave: Pérdida visual no orgánica. Simulación. Trastorno funcional.

Resum

Ocasionalment acudeixen a l'oftalmòleg pacients que manifesten una simptomatologia ocular, on no es troba una causa orgànica després d'una exploració laboriosa. Aquests símptomes poden ser deguts a una intenció d'engany, el simulador, o a una anomalia psíquica subjacent. En ambdós casos és important conèixer el context familiar i laboral, revisar tota la història clínica, i comprendre les principals estratègies d'abordatge i comunicació amb el pacient.

Paraules clau: Pèrdua visual no orgànica. Simulació. Trastorn Funcional.

Abstract

Sometimes we receive patients with ocular symptoms in whom after a laborious examination no organic cause is found. These symptoms may be due to an intention to deceive, the malingering, or to an underlying psychic anomaly. In both cases it is important to know the family and work context, review the entire medical history, and understand the main strategies of approach and communication with the patient.

Key words: Non-organic visual loss. Simulation. Functional Disorder.

4.2. Pérdida visual no orgánica

Non-organic visual loss

JC. López García¹, R. Alcubierre²

¹Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona. ²Complex Hospitalari Moisès Broggi. Consorci Sanitari Integral. Barcelona.

Correspondencia:

Javier Corsini López García

E-mail: javiercorsini@hotmail.com

Caso clínico 1

Una mujer de 18 años, que no refiere antecedentes de interés, consulta por pérdida visual binocular. Su agudeza visual sin corrección es de 0,8 en ambos ojos. La exploración oftalmológica es completamente normal, y la refracción bajo cicloplejia es: ojo derecho (OD) 170-0,25 + 1,50 y ojo izquierdo (OI) 170-0,50 + 1,50. Se prescribe gafa, pero al cabo de un año retorna, sin haberse adaptado ninguna graduación, refiriendo empeoramiento, con agudeza visual de 0,6 en ambos ojos. De nuevo la exploración es normal, incluyendo el test de Ishihara y el de Worth, y se realiza una campimetría computarizada, no fiable, al mostrar un alto índice de falsos negativos en ambos ojos y un patrón en hoja de trébol en el OD y de túnel en el OI (Figura 1). Ante la sospecha de pérdida visual no orgánica, en otra cita se repite la medición de agudeza visual, pero empezando por la lámina de 0,8 en escala decimal, y la paciente consigue leer la línea de 1,0 con ambos ojos. La revisión de su historial médico mostró alteraciones conductuales en la infancia, con dificultades en la relación maternofilial y en la escolarización.

Caso clínico 2

Una mujer de 28 años consulta de urgencias por pérdida visual en el OI de tres días de evolución, con dolor periocular y ptosis palpebral progresiva bilateral. Refiere antecedente de síndrome depresivo y de tratamiento con gabapentina, que ella misma suspendió tres semanas antes.

La exploración inicial muestra una agudeza visual no corregida de 0,1 (0,4 con estenopeico) en el OD y de contar dedos en el OI. Sin embargo, el test de Ishihara es normal en ambos ojos. Se aprecia una ptosis variable, inicialmente total pero que durante la exploración fluctúa entre 2 y 5 mm, de forma simétrica o asimétrica. No colabora adecuadamente para explorar fatigabilidad. El polo anterior y el fondo de ojo son normales, y se intenta realizar una campimetría que no es valorable por ausencia de colaboración. En una nueva exploración al mes, se obtiene agudeza visual de contar dedos en el OD y no percepción de luz en el OI, según la paciente, pero se constata que hay reflejo pupilar y que sigue la mano con la mirada al inicio de la exploración.

En conversación con un familiar, se descubre un antecedente de seguimiento psiquiátrico desde la adolescencia, ingreso por

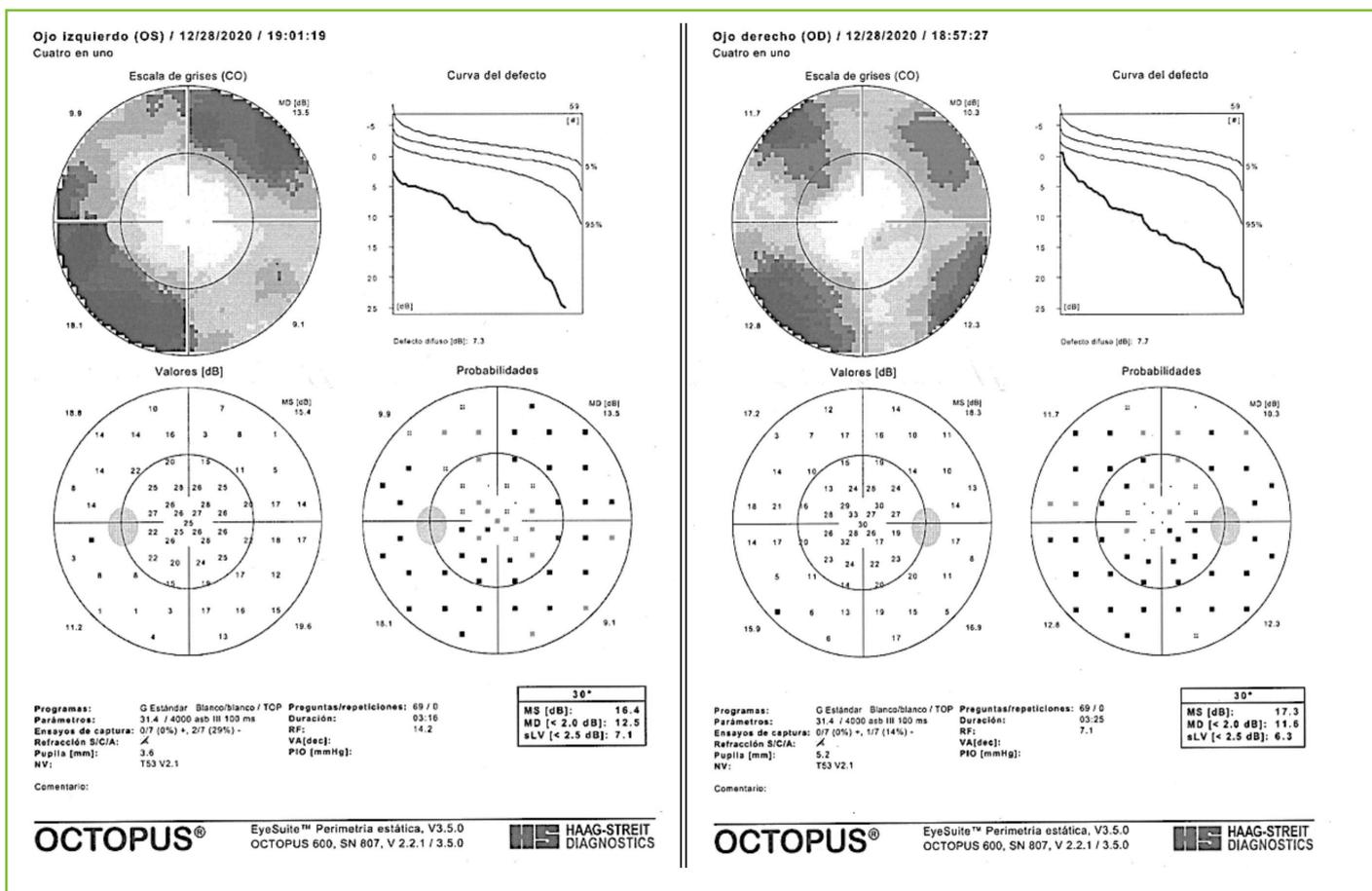


Figura 1. Perimetría estática Octopus practicada a la paciente del caso clínico 1. Reducción concéntrica en el ojo izquierdo y patrón en hoja de trébol en el ojo derecho.

intento autolítico dos años antes, consumo de tóxicos y síndrome depresivo, además de vivir una situación psicosocial estresante provocada por un conflicto familiar. Se llega así al diagnóstico de trastorno conversivo o funcional, y se remite a atención por la unidad de salud mental.

Caso clínico 3

Una mujer de 35 años es remitida desde neurología por alteración visual. Ha sido diagnosticada previamente de fibromialgia, colon irritable y cefalea crónica migrañosa. Está en tratamiento con sertralina y trazodona, dos fármacos antidepresivos. Ha sido diagnosticada previamente de neuritis óptica en su OI, y se le había practicado una infiltración periocular de corticoides. El estudio neurológico es normal, incluyendo resonancia magnética craneal

y cervical. La exploración oftalmológica inicial es completamente normal (incluyendo agudeza visual, reflejos pupilares, test de Ishihara), a excepción de un defecto en la campimetría computarizada, que muestra una hemianopsia temporal con respecto del meridiano vertical, pero que afecta tan solo al OI.

Durante el seguimiento, se repite este defecto sin otros hallazgos, incluyendo una nueva resonancia y tomografía de coherencia óptica. En la última visita, se decide realizar una campimetría binocular con el protocolo binocular de Esterman, demostrándose un defecto izquierdo de mayor extensión de la compatible con la normalidad del campo monocular del OD, lo que confirma la sospecha de pérdida visual no orgánica (Figura 2). Se procede al alta por parte de oftalmología, y se remite a la paciente a seguimiento por su neurólogo y psiquiatra. La paciente solicita informe para la mutua de trabajo y el tribunal médico.

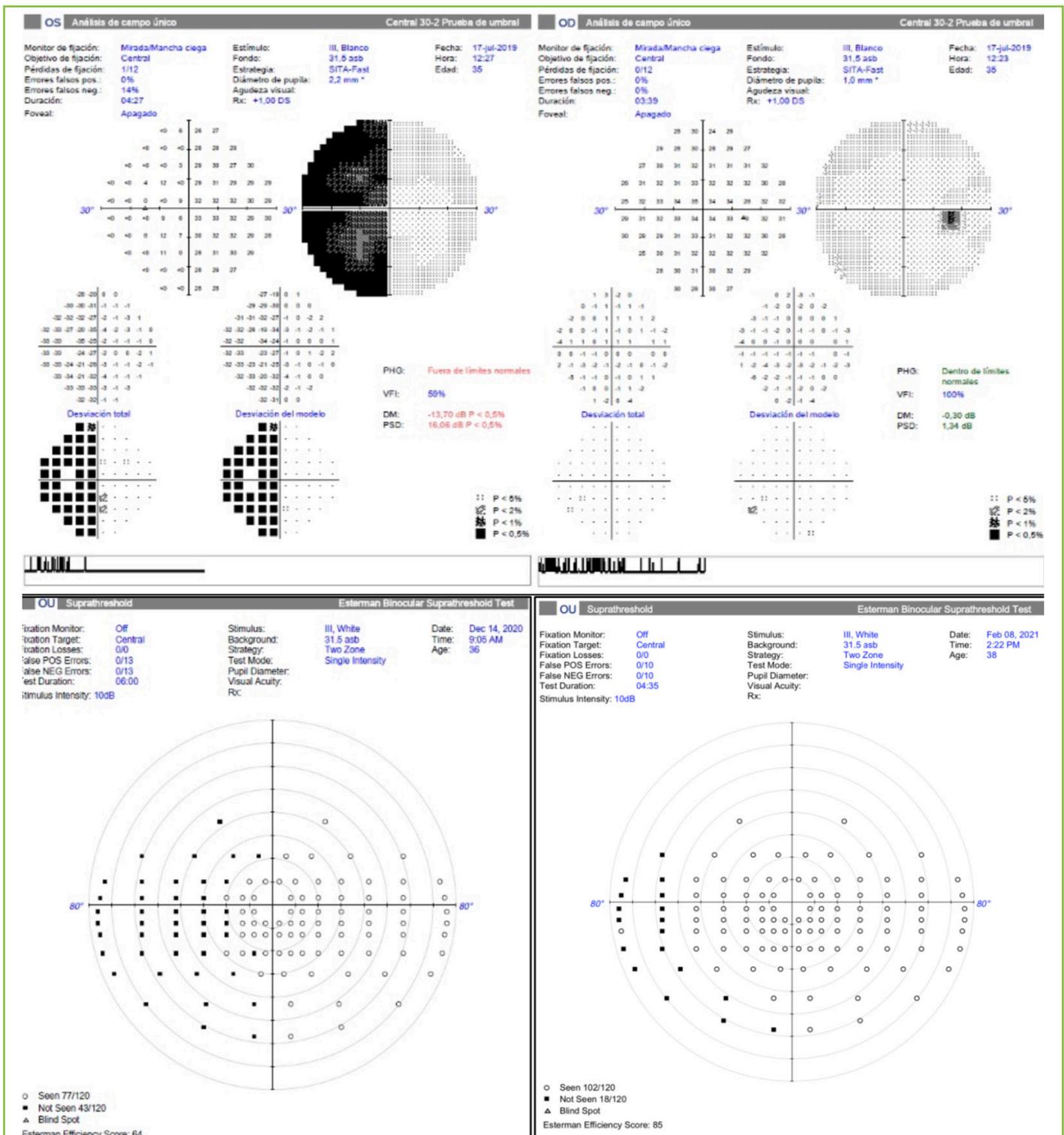


Figura 2. Arriba, campimetría Humphrey 30-2 realizada a la paciente del caso clínico 3 que muestra hemianopsia temporal en el ojo izquierdo con respecto del meridiano vertical y ausencia de defectos en el ojo derecho. Abajo a la izquierda, campimetría Humphrey binocular de Esterman realizada a la misma paciente, con defectos en el hemicampo izquierdo de mayor extensión que serían compatibles con el anterior campo monocular. Abajo a la derecha, el mismo protocolo realizado por uno de los autores (R. Alcubierre) simulando un defecto monocular izquierdo mediante la oclusión del sector temporal de este ojo. Nótese la diferencia del área sin visión entre ambos casos, suponiendo ausencia de defecto en el ojo derecho.

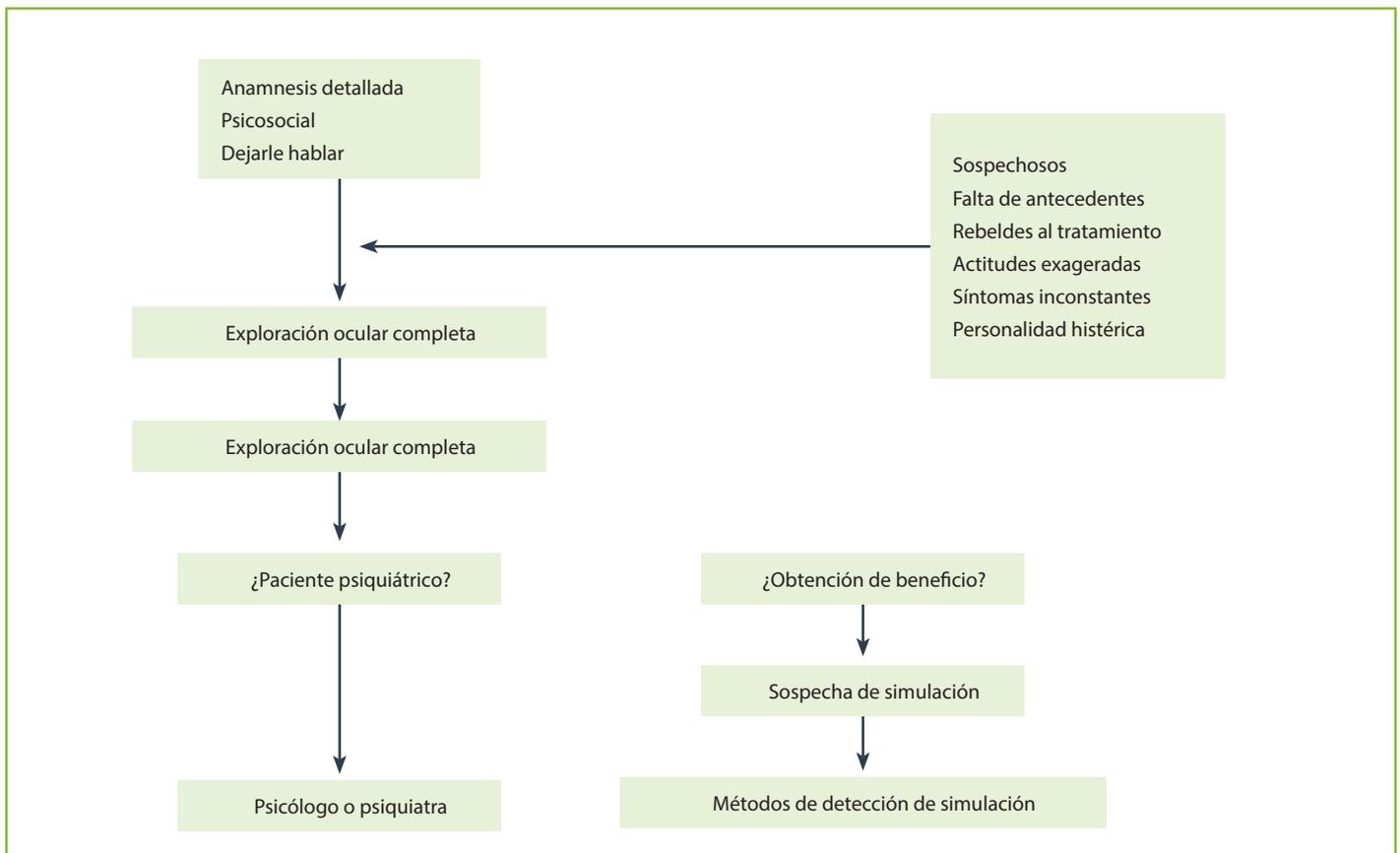


Figura 3. Algoritmo diagnóstico

Discusión

La pérdida visual no orgánica (PVNO) o funcional es aquella que no tiene una base estructural oftalmológica o neurológica que la justifique^{1,2}. Sus tres formas principales de presentación son:

- La PVNO infantil, habitualmente asociada al deseo de llevar gafas, pero también en un alto porcentaje a psicopatología³.
- Como consecuencia de un trastorno psiquiátrico, denominado trastorno conversivo, aunque actualmente se prefiere la terminología de *trastorno neurológico funcional*⁴.
- Como simulación, con la intención de engañar para obtener un beneficio habitualmente económico o laboral.

La forma de presentación suele ser una pérdida visual monocular o binocular, reducción campimétrica, o la combinación de ambas, pero también pueden encontrarse otros síntomas oculares de origen funcional, como diplopías, espasmos acomodativos

o ptosis⁵. Esta anomalía debe sospecharse ante la discordancia entre los síntomas referidos con los hallazgos en la exploración oftalmológica, ya sea por su absoluta normalidad o por la desproporción entre ellos, ya que es posible la superposición entre una pérdida orgánica y una funcional, con exageración de los síntomas (Figura 3). Debe recordarse que, en ocasiones, ciertas neuropatías ópticas o distrofias retinianas pueden aparecer con una exploración aparentemente normal en fases iniciales⁶. Es por esto que la exploración ha de ser completa, siendo de gran importancia la observación de las pupilas, y que no debe etiquetarse una pérdida visual de funcional sin haberse descartado razonablemente otras patologías.

Han de llevarse a cabo las pruebas complementarias que se necesiten, desde una tomografía de coherencia óptica hasta pruebas electrofisiológicas o de neuroimagen. Estas pruebas deben solicitarse en base a la sospecha clínica, puesto que su realización sin

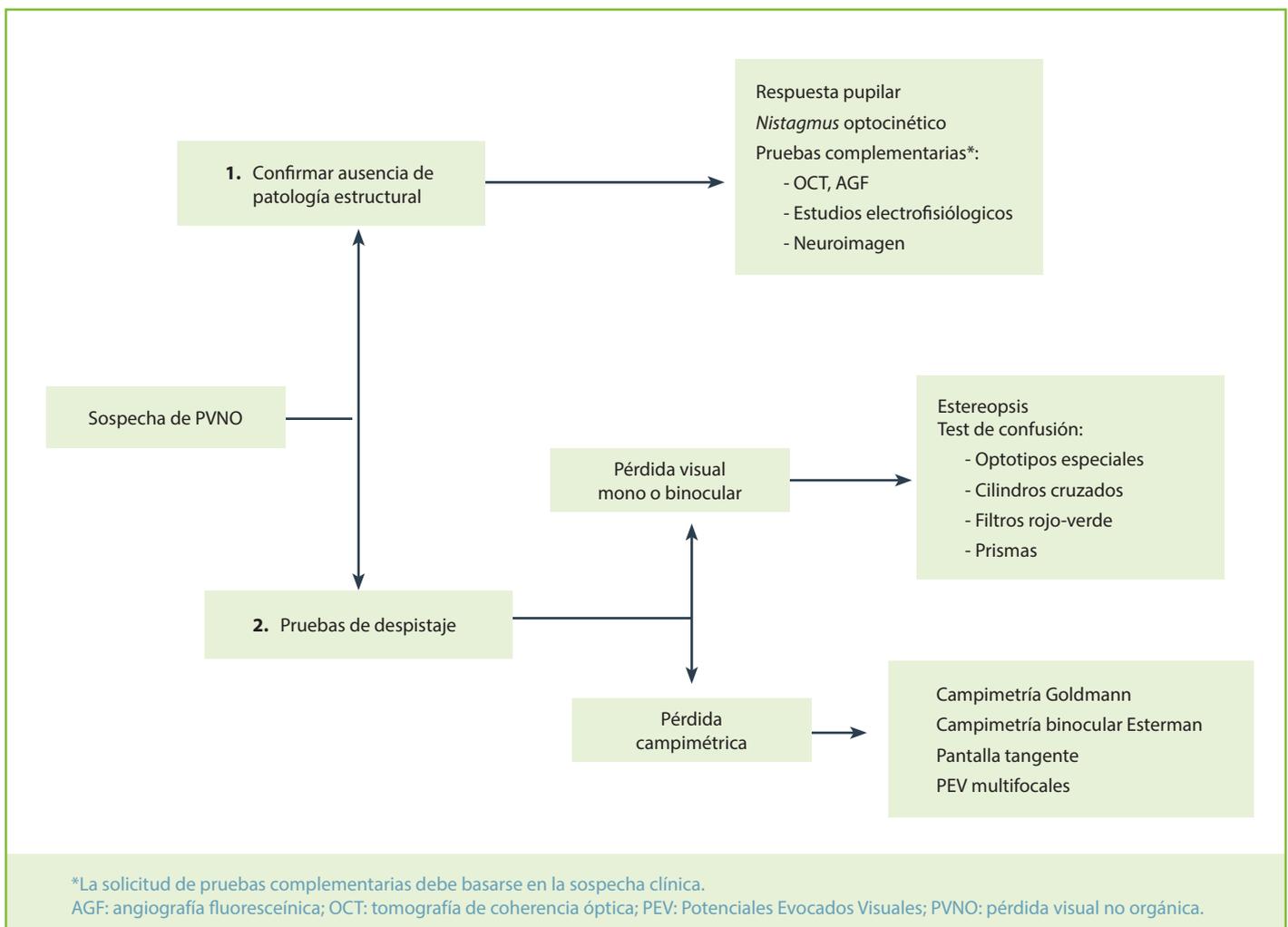


Figura 4.

una orientación clara puede causar iatrogenia o llevar a hallazgos incidentales que compliquen el caso.

Por otro lado, no siempre hay que fiarse del resultado de unas pruebas complementarias anómalas, sobre todo aquellas que requieren la colaboración del paciente, como la campimetría, fácil de falsear⁷, o los potenciales evocados visuales tipo *pat-tern*⁸. De forma simultánea al estudio diagnóstico, pueden practicarse distintas técnicas que ayuden a confirmar una PVNO, siendo recomendable hacerlo de forma sutil y diferida en el tiempo.

Una vez establecido el diagnóstico de PVNO, debe evitarse caer en el enfrentamiento. No debe decirse al paciente que no tiene nada, que miente, o que sus síntomas son de origen psiquiátrico⁹. Es recomendable asegurar al paciente que no hay una situación de urgencia o de gravedad, y que es probable que haya una mejoría espontánea (de hecho, la gran mayoría de PVNO mejoran con el tiempo). En caso de que solicite informes, debe remarcar que *en el momento de la exploración, no se objetiva una patología orgánica que justifique la sintomatología*.

Las Figuras 3 y 4 resumen la actuación recomendada frente a un caso de sospecha de PVNO.

Conclusión

- Deben distinguirse los trastornos de origen psiquiátrico de la simulación, donde hay fraude consciente.
- La PVNO es un diagnóstico por exclusión, apoyado por técnicas de exploración que permitan constatar la divergencia entre los síntomas y los hallazgos objetivos.
- Las pruebas complementarias se deben solicitar de forma racional y evaluarse con precaución.

Bibliografía

1. Gallego-Lago I, Zarco-Villarosa D, Rodríguez-Salvador V. *Simulación y disimulación en Oftalmología. Técnicas ambulatorias de diagnóstico*. Barcelona: Ed Glosa; 2005.
2. Santos-Bueso E, Zarco-Villarosa D, Esteban-de-Antonio M, Vinuesa-Silva JM, García-Sánchez J. Pérdida visual no orgánica. *Arch Soc Esp Oftalmol*. 2014;89(7):257-9.
3. Santos-Bueso E, Sáenz-Francés F, García-Sáenz S, Martínez-de-la-Casa JM, García-Feijoo J. Pérdida visual no orgánica. Serie de 5 casos. *An Pediatr*. 2015;82(1):e122-5.
4. Restrepo M, Restrepo D. From Conversion Disorders to Functional Neurological Disorders. Overcoming the Rule-out Diagnosis? *Rev Colomb Psiquiatr*. 2019;48(3):174-81.
5. Alberto Pestano MM, Hernández Marrero D, Acosta Acosta B, Delgado Miranda JL. La ptosis no orgánica; a propósito de un trastorno conversivo. *Acta Estrabológica*. 2020;49(1):33-6.
6. Lim SA, Siatkowski RM, Farris BK. Functional visual loss in adults and children patient characteristics, management, and outcomes. *Ophthalmology*. 2005;112(10):1821-8.
7. Ghate D, Bodnarchuk B, Sanders S, Deokule S, Kedar S. The ability of healthy volunteers to simulate a neurologic field defect on automated perimetry. *Ophthalmology*. 2014;121(3):759-62.
8. Menéndez de Lucas JA, Luque Mialdea F, Molina Seoane V. ¿Debemos considerar los potenciales visuales evocados una prueba objetiva? A propósito de un caso. *Rev Esp Med Legal*. 2011;37(4):169-72.
9. Rebolleda Fernández G, Muñoz Negrete FJ. Cómo desenmascarar a un simulador. Cap. 9. En: Rebolleda Fernández G, Muñoz Negrete FJ. *Protocolos en Neuro-oftalmología*. Madrid: Sociedad Española de Oftalmología; 2010;185-94.