

## NUEVO SIGNO CAMPIMETRICO

POR

HECTOR M. NANO, M. D., HUMBERTO PEREZ, M. D.

Buenos Aires, Argentina

Al abordar el estudio detallado de las investigaciones de que han sido objeto pacientes con aparente dispar patología oftálmica encontramos un común denominador en la esfera ocular, papila pálida y nuevo signo campimétrico. Basados en ello hemos hallado en la tabulación estadística, elementos comunes que nos llevaron a la concepción de este trabajo y comunicar los resultados obtenidos. Este estudio ha sido realizado en pacientes diversos en forma sistemática y personal, para igualizar las condiciones de examen, y ello nos ha permitido la visión del síndrome ocular con sus signos objetivos y subjetivos.

El síndrome está integrado por signos y síntomas pesquisados mediante un tipo standard de examen ocular constituido en lo fundamental y práctico por:

- 1) La indicación primaria del examen básico fue la de todos aquellos pacientes que necesitan examen campimétrico.
- 2) Campimetría y test macular de Amsler - Visión cromática.
- 3) Historia clínica.

Los casos que así lo requieren se completan con exámenes especiales. Consideramos fundamental la historia clínica. Se practica en forma adecuada disponiendo el tiempo necesario en cada caso. Pensamos racionalmente el beneficio que otorga en la revisión de antecedentes, signo, etc., una comprensión mutua que solo se logra con tiempo y confianza adecuada. Cuantas veces nos ha sorprendido, en un balance final, el inmenso valor de la historia clínica, al lado de comprobaciones de laboratorio u otras, costosas en tiempo y dinero y a veces no del todo inocuas.

Con respecto al fondo de ojo se ha efectuado reiteradamente en todos los casos y en un porcentaje respetable es la papila pálida el signo más notable y único.

La campimetría muestra otra de las características del síndrome: el escotoma que hemos denominado *del vertical superior* y la contracción de la isóptera 1/2000.

En un trabajo anterior (ver "Dialéctica Campimétrica") habíamos insistido sobre las condiciones mínimas exigibles para que la campimetría rinda al máximo sus posibilidades; a él nos remitimos.

El escotoma del vertical superior: este signo aparece casi constante. Su descripción corresponde a la de un escotoma absoluto y/o relativo ubicado entre los  $21^\circ$  y  $24^\circ$  en la pantalla tangente de Bjerrum justo sobre el radio de  $90^\circ$  esto es: el vertical; su altura vertical oscila entre  $3^\circ$  y  $4^\circ$  y su medida horizontal entre  $4^\circ$  y  $6^\circ$  de manera que es aproximadamente ovalado. Se destaca con el índice  $2/2000$ . Los diagramas campimétricos de las Figs. 1, 2, y 3 muestran casos típicos.

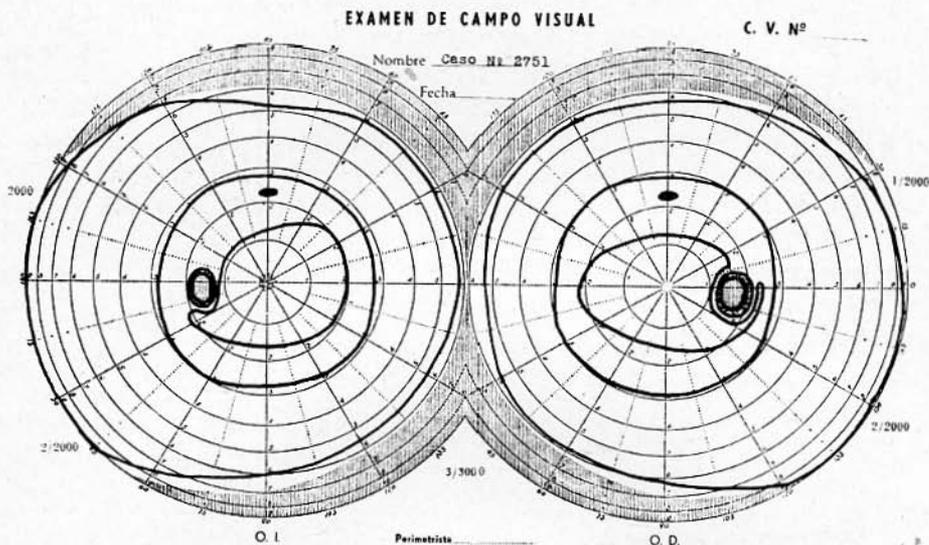


Fig. 1.

Su aspecto es muy parecido en todos ellos por lo cual publicamos solamente algunos de los diagramas obtenidos.

Su punto correspondiente en la retina, calculado trigonométricamente, está ubicado a 7, 2 mm. suponiendo que se encuentre a  $22^\circ$  y 8 mm., si aparece a  $24^\circ$ . Oftalmoscópicamente no hemos hallado alteración en esa zona ni sus proximidades. Su hallazgo puede pasar desapercibido en un examen de rutina en varias circunstancias a saber: falta de entrenamiento del paciente, pues el vertical superior puede equivocadamente ser el primer radio examinado, recordando de nuestro trabajo citado que la explicación previa y que en el transcurso se hace al enfermo no le deja entrever que es lo normal y que es lo patológico, de manera que ignoran, en lo posible, el significado de lo que observa; 2º el factor velocidad

NUEVO SIGNO CAMPIMETRICO

EXAMEN DE CAMPO VISUAL

C. V. N°

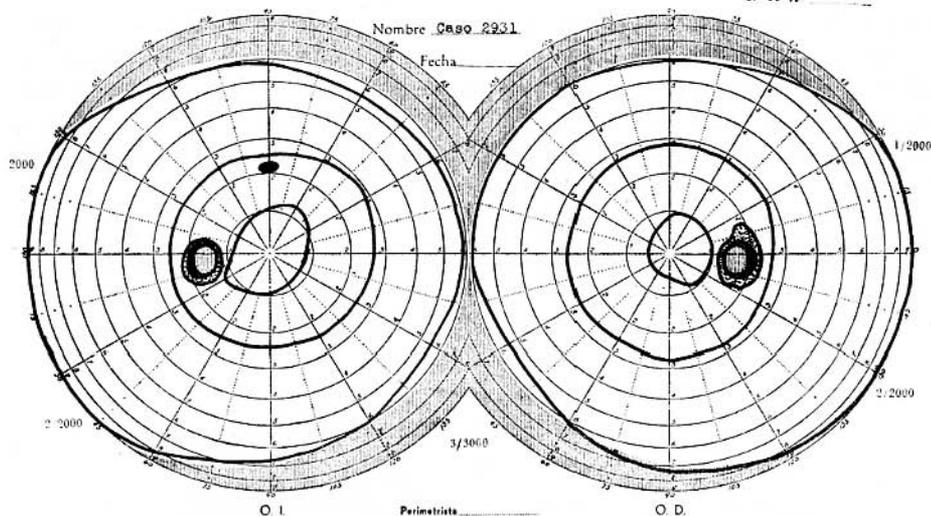


Fig. 2.

de desplazamiento del optotipo de 2 mm.; debe ser suficientemente lento como para no provocar una ambliopía de fijación o por el contrario no tan rápido que no pueda acusar esta alternativa, por razones que son obvias.

El escotoma del vertical superior se ha comprobado bilateralmente en respetable porcentaje de los casos (90%) y unilateral en los restantes. Hasta el momento hemos reunido 32 observaciones, en 1290 campimetrías o sea aproximadamente en un 3% de los diagramas obtenidos, porcentaje no despreciable.

Cuidadosos, prolongados y repetidos exámenes campimétricos en estos pacientes no nos han permitido comprobar el escotoma en otros radios, lo cual descarta la posibilidad de un artificio.

Es un signo "no espontáneo" pues hay que investigarlo, buscarlo, es absolutamente objetivo.

En la bibliografía a nuestro alcance que hemos revisado en la posibilidad de nuestros medios no hemos encontrado la descripción ni la mención de este pequeño escotoma, que más allá de lo que pueden aclarar estas líneas se comprendería fácilmente con el estudio de los diagramas campimétricos que acompañan este trabajo.

Esta característica que sin ser común es relativamente frecuente, no lo hemos encontrado mencionado en los textos ni revisando los diagramas campimétricos de los tratados de C.V. más conocidos.

En una comunicación verbal el doctor Roberto Sampaollesi, nos ha mencionado que ha comprobado la existencia del escotoma con características ligeramente diferentes en cuanto a tamaño, en un caso de glaucoma. La contracción de 1/2000; esta contracción comienza primero en el sector superior, luego hace una exclusión papilar y por fin se contrae casi concéntricamente. Esto explica por qué solo el índice de 2 mms. detecta el escotoma. La contracción de la isóptera es un elemento constante y otro signo del síndrome.

No se observan otras alteraciones campimétricas cuando el cuadro es simple, no complicado, o sea en estado de pureza que es lo común. Hemos desechado para su consideración de conjunto aquellos casos que presentaban otras alteraciones de fondo de ojo que podrán inducir a error de interpretación.

La isóptera 3/3000 es siempre normal.

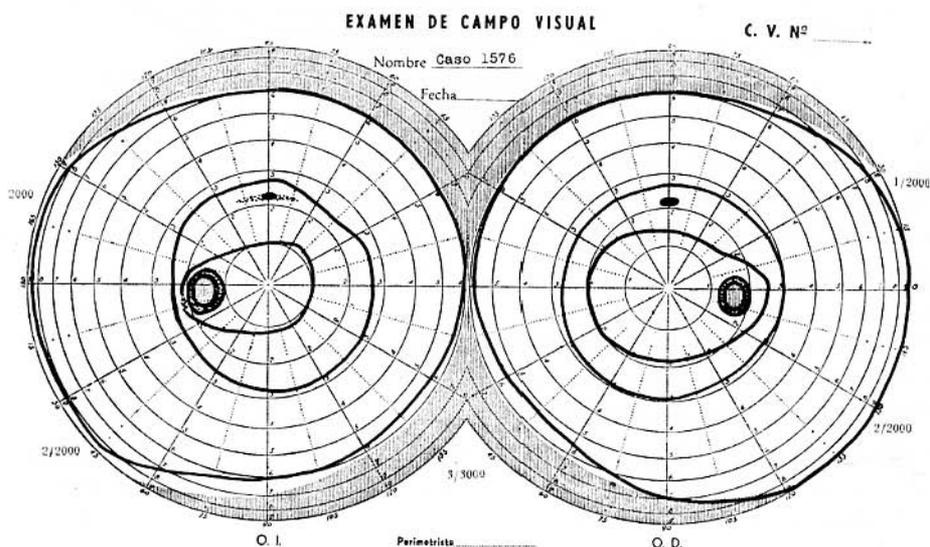


Fig. 3.

El test de Amsler presenta en casi todos los casos sus alteraciones características, metamorfomas, escotomas translúcidos, ampliopia de fijación, etc., etc., sin alteración patognomónica pero con frecuencia notable.

El examen de la visión cromática investigado con las tables de Harding, Rand y Ritter (H.R.R.) no ha demostrado nada particular aunque en muchos casos no es normal.

La interpretación del escotoma del vertical superior abre un campo de investigación y experimentación oftalmológica que es digno de profundizar.

El elemento objetivo de observación casi constante que acompaña los signos campimétricos descritos es la papila pálida.

La papila pálida ha reconocido infinidad de etiologías pues baste recordar para ello que es siempre el estado previo obligado de atrofia o hipotrofia de papila cuya gama etiológica es igualmente vasta.

Con respecto a la vinculación probable en el orden clínico oftalmológico podemos mencionar (en estudio) el estado glaucomatoso y preglaucomatoso. Recordemos que la contracción de las isópteras campimétricas en el sector externo es signo precoz de glaucoma crónico simple.

En el orden clínico general en la gran mayoría de los casos, un porcentaje que supera holgadamente toda coincidencia se encuentran alteraciones típicas del neurovegetativo.

### CONCLUSIONES

Hemos comprobado la existencia de un nuevo signo campimétrico: el escotoma del vertical superior y la contracción supero-externa de la isóptera 1/2000.

Se ha encontrado este signo vinculado en forma principal al estado de papila pálida.

En el orden general se ha constatado como la vinculación más constante, alteraciones del sistema neurovegetativo correlacionadas con facilidad en el criterio de Bergman.

(Hemos comprobado 100 campos visuales en que no existía el escotoma del vertical superior y hemos encontrado trastornos del N.V. en solo 2% de los casos).

Se han constituido por lo tanto, elementos de juicio suficientes para un nuevo síndrome.

Rivadavia 7047

---

NOTA: Los gráficos de campo visual han sido obtenidos con optotipos 3|300, 2|2000 y 1|2000 sin excepción.