

Publicado en  
**ANALES DE MEDICINA**  
(SECCION ESPECIALIDADES)  
Vol. XLVIII - Septiembre, 1962 - Núm. 3  
BARCELONA

## ASOCIACION DE OTO-NEURO-OFTALMOLOGIA

*Sesión del 20 de marzo de 1962*

### NOTA CLINICA PREVIA: LA PRUEBA DEL ESPEJO EN LAS HÉMIANOPSIAS HOMONIMAS

F. PALOMAR-PETIT

Al Profesor Casanovas, admirando siempre sus grandes cualidades científicas y docentes.

El examen del campo visual debiera ser un procedimiento corriente en la exploración clínica de cualquier enfermo, aqueje o no déficits en el aparato visual.

Con los progresos y perfeccionamientos de la neurología y neurocirugía se ha hecho imprescindible este control.

Para tener una orientación provisional sobre los límites del campo visual unocular (proyección en el espacio de la retina sensible, permaneciendo el ojo fijo en un punto), y descubrir defectos de marcada importancia (hemianopsias, cuadrantanopsias, etc.), podemos emplear la perimetría sin aparatos (a veces hay que recurrir a esta técnica, si la colaboración del paciente es escasa para realizar una perimetría con aparatos).

Siempre que sea posible, debe practicarse por el oftalmólogo una perimetría (perímetros) y campimetría (pantalla de Bjerrum) minuciosas y detalladas, que delimitarán en forma gráfica (diagramas del campo visual) las alteraciones halladas.

PERIMETRÍA SIN APARATOS. — Vamos a referirnos brevemente al estudio de la perimetría sin aparatos.

Comprende la «perimetría por confrontación» y la «perimetría de contorno de Kestenbaum» (preconizada en nuestro país por el profesor CASANOVAS).

*Perimetría por confrontación* El médico y el paciente se colocan frente a frente a una distancia de 50 a 70 cm. Se ordena al paciente que cubra con la palma de la mano izquierda el ojo izquierdo, y el médico hace lo mismo con su ojo derecho o lo cierra simplemente. Luego se le ruega mire fijamente nuestro ojo izquierdo con su ojo derecho, y acto

seguido el observador hace penetrar, en un plano equidistante sucesivamente desde la periferia en el meridiano horizontal, vertical y en medio de cada uno de los cuatro cuadrantes, un indicador (bola blanca en un mango, la mano [o, como aconseja PALOMAR-COLLADO, moviendo o no el extremo de los dedos doblados, cosa que ha de indicar el paciente] o un pequeño objeto cualquiera). Normalmente debe ser percibido al mismo tiempo por el paciente y el médico (considerando que éste sea normal), pudiendo comprobarse fácilmente si existe un defecto en algún sector.

Este método de confrontación no investiga en realidad la integridad del campo visual (la periferia temporal no queda explorada), por lo que resulta más segura la prueba siguiente.

*Perimetría de contorno.* (Outline perimetry de KESTENBAUM.) Si un sujeto normal mira de frente con un ojo, permaneciendo ocluido el otro, el contorno orbitario delimitará el campo visual. Puede improvisarse como índice la punta de un lápiz, pluma, dedo, etc., haciéndolo progresar a 2 cm. de distancia desde la periferia hacia el centro (punto de fijación). En el momento que el índice atraviesa dicho reborde, es percibido por el sujeto normal. Si tenemos que progresar más o menos, nos indicará que existe un déficit en aquel meridiano. Realizando la exploración en los seis meridianos principales, tendremos una noción bastante exacta de la extensión y defectos existentes.

Cuando la cooperación del paciente es muy escasa, podemos valer-nos del mismo proceder, pero no nos guiaremos entonces por las posibles respuestas del paciente, sino de los movimientos ópticamente inducidos en los diversos meridianos al hacer avanzar el índice.

Como una prueba subjetiva más, en la exploración del campo visual en clínica diaria, se nos ocurrió hace tiempo el empleo del espejo (auto-perimetría especular).

Hoy vamos a referirnos al estudio del campo visual binocular con el espejo, en las hemianopsias homónimas.

Colocamos al sujeto frente a un espejo (a 16,5 cm.), solicitando que mire a su entrecejo (donde colocamos previamente una pequeña señal, que puede ser uno de los elementos formes de los Optotipos de CASANOVAS); de esta forma el paciente rige la posición de su mirada. Vigilaremos que durante la prueba el sujeto no desplace la cabeza ni la vista del punto de fijación.

Acto seguido preguntaremos al paciente:

- 1) Si ve sus dos ojos, parte o sólo uno de ellos.
- 2) Si ve toda su cara o parte de ésta.

Así podremos observar:

- 1) En caso de hemianopsia homónima derecha completa, el paciente ve sólo su ojo izquierdo.

- 2) En caso de hemianopsia homónima izquierda completa, el paciente ve sólo su ojo derecho.
- 3) Si está respetada una pequeña porción o el área macular en caso de una hemianopsia homónima, el paciente ve también parte de la porción nasal del ojo del lado de la hemianopsia.
- 4) En caso de cuadrantanopsia homónima superior derecha (o izquierda), el paciente ve su ojo izquierdo (o derecho) y parte inferior de su ojo derecho (o izquierdo).
- 5) En caso de cuadrantanopsia homónima inferior derecha (o izquierda), el paciente ve su ojo izquierdo (o derecho) y parte superior de su ojo derecho (o izquierdo).
- 6) En caso de hemianopsia homónima altitudinal superior o inferior, el paciente no ve, respectivamente, la frente, cejas y parte superior de los ojos o bien la parte inferior de la cara, boca, nariz y parte inferior de los ojos.

## BIBLIOGRAFIA

- AUBERT, L.: Campimétrie et périmétrie en pratique courante. L'année Thérapeutique et Clinique en Ophtalmologie, XI, 39-65, 1960.
- BERARD, P. V. y FARNARIER, G.: Hémianopsies. Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Ophtalmologie, T. 11, 21570-A10, 1959.
- Etude clinique des hémianopsies. T. 11, 21570-A30, 1959 y 21570-A50, 1959.
- CASANOVAS, J.: Adquisiciones recientes en perimetría. Curso de Perfeccionamiento Oftalmológico. Barcelona, 1952.
- Oftalmología, Ed. Rocas. Barcelona, 1961.
- DUBOIS-POULSEN, A. y col.: Le champ visuel. Masson et Cie., Paris 1952.
- JAYLE, G. E. y col.: Méthodes et techniques nouvelles de périmétrie, et de mesure de l'acuité visuelle en clinique. La Revue Chibret, 35 bis, 1960.
- KESTENBAUM, A.: Clinical Methods of Neuro-Ophthalmologic Examination. Grune & Stratton, New-York, 1961.
- MALBRAN, J.: Campo visual normal y patológico. El Ateneo, Buenos Aires, 1936.
- MORAN, P. V. y col.: Le champ visuel dans les lésions rétrochiasmiques. L'année Thérapeutique et Clinique en Ophtalmologie, XI, 191-211, 1960.
- PALOMAR COLLADO, F.: Anopsias parciales. A. Soc. O. H.-A., 17, 177-193, 1957.
- Consideraciones acerca de las anopsias parciales. Est. e Inf. Oftal. Inst. Barraquer, VIII, 22, 1957 y Rev. Esp. O. N. O., 93, 356-373, 1957.
- Modelo de perimetro de doble arco con dispositivo para la exploración de la mancha ciega. Bol. Soc. Oftal. Madrid, Año 11, 5, 26-31, 1958.
- PALOMAR-COLLADO, F. y PALOMAR-PETIT, F.: Consideraciones acerca del campo visual binocular de superposición normal y patológico. Anales de Medicina, 44, núm. 3 (Especialidades), 284-301, 1958 y A. Soc. O. H.-A. 18/2, 147-166, 1958.
- PEDRO-PONS, A. y col.: Patología y Clínica Médicas. Tomo IV, Salvat Editores, S. A. Barcelona, 1960.
- RAIKONDO, N.: Semeiotico e diagnosi clinica delle affezioni delle vie ottiche. Edizione Minerva Médica. Torino, 1961.
- TRAQUAIR, R. M.: An introduction to clinical perimetry. H. Kimpton, London, 1948.

## DISCUSIÓN

Prof. CASANOVAS. — El método explorativo del Dr. Palomar-Petit tiene la gran ventaja de su simplicidad. Naturalmente como todos los métodos subjetivos requieren una capacidad de observación, por parte del sujeto, suficiente. Con todo le encontramos como característica muy favorable la facilidad para mantener la fijación por tratarse de una prueba binocular.

Dr. ISAMAT DE LA RIVA, F. — Felicito al Dr. Palomar-Petit por esta gran aportación al estudio del campo visual, siendo una prueba rápida y que nos

ha de beneficiar enormemente a los neurólogos y neurocirujanos en nuestra práctica diaria. Experiencia con esta prueba en problemas monoculares.

Dr. ARRUGA, A. — La prueba de Palomar-Petit nos parece una interesante aportación por la posibilidad de efectuarla cualquier médico y su gran sencillez. Es importante que las pruebas de función visual se realicen en unas condiciones lo más naturales posibles y cuando nos apartamos de éstas cada vez es más probable que la respuesta no sea un fiel reflejo de lo que realmente ocurre en el campo visual. De ahí las enormes diferencias de los escotomas, por ejemplo, según el método de exploración. Difícilmente podría imaginarse un método en que las condiciones de visión fueran más «normales». Felicito por ello al comunicante.

Dr. SUBIRANA. — Felicita al Dr. Palomar-Petit, pues la prueba del espejo es un verdadero «huevo de Colón» que lo que es raro es que no se le haya ocurrido antes a ningún investigador. Tiene la seguridad de que esta prueba se llamará dentro de poco «de PALOMAR-PETIT». El hecho de que en ella el enfermo permanezca con los dos ojos abiertos lleva consigo la no modificación del paciente. Mucho le interesaría conocer los resultados que ha obtenido en los casos del fenómeno de la extinción visual de BENDER o de la hemianopsia relativa de THEBAUD.

Dr. PALOMAR-PETIT. — Agradezco de todo corazón la intervención de todos los compañeros que realiza nuestro modesto trabajo, que hemos dedicado al Profesor Casanovas.

Los problemas monoculares los tenemos en estudio.

Se descubre fácilmente también la hemianopsia homónima relativa, quizás es para lo que creemos tiene mayor interés desde el punto de vista oftalmoneurológico.

*Clínica Universitaria de Oftalmología de Barcelona. (Director: Profesor Dr. J. CASANOVAS), y Servicio de Neurocirugía de la Facultad de Medicina de Barcelona (Director: Dr. A. LEY-GRACIA).*

---