

PROBLEMATICA DE LAS AYUDAS VISUALES EN LAS HEMIANOPSIAS HOMONIMAS

LOURDES PALOMAR MASCARO

Optico diplomado (Escuela Universitaria de Optica de Terrassa, Barcelona)

Es necesario y útil difundir los sistemas utilizados como ayudas visuales poco habituales, en el terreno oftalmológico, con el intento de mejorar las condiciones del campo visual binocular en los pacientes afectados de una hemianopsia homónima y así facilitar la confección-montaje por parte de los ópticos.

La hemianopsia homónima, con excelente agudeza visual central, en personas que no presentan otra sintomatología neurológica, es la que crea mayor problemática por la incapacidad visual binocular impuesta. Estos pacientes aceptan e intentan su posible rehabilitación con ayudas visuales concretas.

Braunschweig (1920), en pacientes con hemianopsia homónima, utilizó unos prismas pequeños adosados en la porción central de ambos cristales de la montura y con las bases orientadas en la dirección del área anóptica. Refirió que, sin sobrepasar los 8° prismáticos, a una distancia de 5 m lograba alcanzar un área de 40 cm del lado anóptico. Strebel (1923), con este tipo de ayudas visuales, indicó una franca mejoría en la tercera parte de los casos estudiados. Wiener (1923) también empleó prismas pequeños triangulares, rectangulares e isósceles, adheridos en el centro de los cristales de las gafas, cuya hipotenusa actuaría igual que un espejo plano para reflejar la imagen hacia la porción activa de la retina.

Young (1929), en una paciente con hemianopsia homónima derecha y preservación parcial macular, aplicó el sistema de Wiener pero lo modificó. Situó el prisma sólo en el ojo derecho, desplazado de la línea de posición primaria de la mirada, para que la paciente tuviera forzosamente que dirigirse hacia el prisma cuando deseara mirar hacia

la derecha, como el que quiere mirar a través del segmento bifocal o por medio del espejo retrovisor de un automóvil.

Los autores mencionados no lograron que se generalizasen sus artificios ópticos simples.

Bell (1949) ideó otro artificio simple, que consistía en un espejo oval, que medía 1 x 2 cm, fijado en la porción nasal de la parte interna de las gafas del paciente. El tamaño del espejo dependía de la altura del puente nasal de la persona hemianóptica. De esta forma había logrado que los objetos situados en la parte ciega del campo visual binocular se reflejaran en la parte funcional de la retina.

Burns, Hanley, Pietri y Welsh (1952) colocaron también un espejo, pero ajustado por delante de la montura y que formaba un ángulo que oscilaba de 60 a 80° con el plano de los anteojos.

Walsh y Smith (1966) utilizaron un espejo suspendido por delante de la montura y de tal manera que se pudiera ajustar a gusto del paciente.

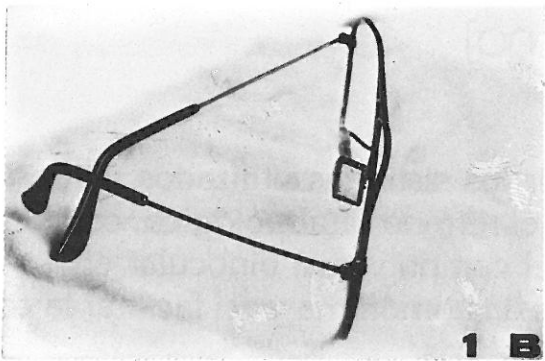
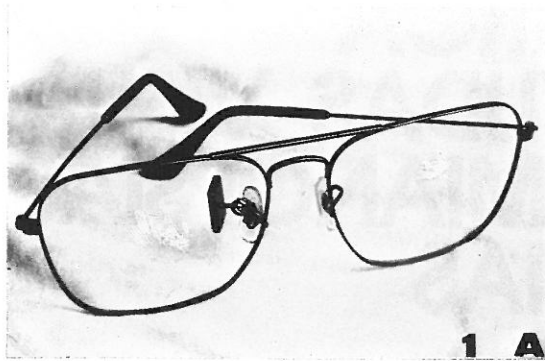


Figura 1. Gafas con espejo nasolaterovisor colocado detrás del cristal del ojo derecho en un caso de hemianopsia homónima derecha. Aspecto frontal (A) y aspecto lateral (B), de la rotulita sujeta a la abrazadera de la aleta nasal, para la adaptación del espejo de forma rectangular.

Walsh y Hoyt (1969), con escepticismo, recomendaron el procedimiento de Bell.

Mintz (1979) ideó un espejo plano montado en un clip, modelo derecho e izquierdo, para situarlo y ajustarlo en la parte nasal de la montura por delante de las gafas. Tiene la ventaja que se puede suprimir en cualquier momento si no es agradable su efecto estético.

Smith, Weiner y Lucero (1982) utilizaron un prisma plástico de Fresnel, de 30 dioptrías, pegado al cristal de las gafas. Por ejemplo, en un paciente con hemianopsia homónima izquierda, colocaban el prisma de Fresnel con base externa en la mitad temporal del cristal izquierdo (según los autores, el prisma sólo es necesario en un lado) y recortaban en el centro un trozo pequeño (de 1 a 1,5 mm), para prevenir la diplopía. Con todo ello lograron ampliar 15° el campo visual.

En nuestro país, Palomar-Petit se ha ocupado de esta problemática, y ha comunicado la primera serie de casos en la Asociación de Oto-Neuro-Oftalmología (1967), posteriormente en el LV Congreso de la Sociedad Española de Oftalmología (1978), publicado 1979, y recientemente en la Reunión Española de Oto-Neuro-Oftalmología (1982). Hemos revisado la casuística de dicho autor, con

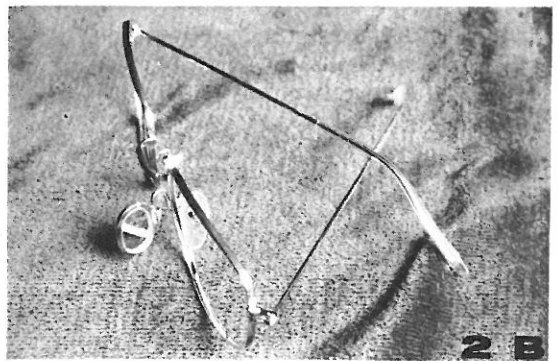
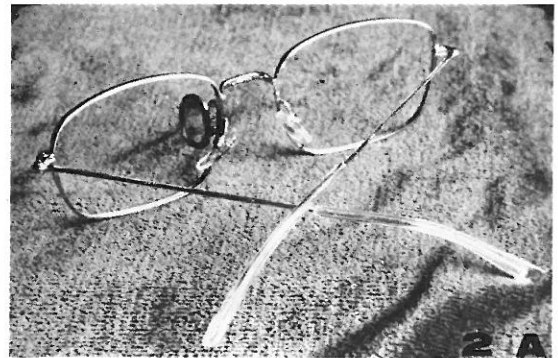


Figura 2. Gafas con espejo nasolaterovisor ante el ojo izquierdo en un caso de hemianopsia homónima izquierda. Vista desde atrás (A) y lateralmente (B).

un total de 23 pacientes con hemianopsia homónima (4 con hemianopsia homónima derecha y 19 con hemianopsia homónima izquierda) que aceptaron y por ello se les prescribió un espejo adaptado en la parte nasal de la montura, ante el ojo derecho en caso de hemianopsia homónima derecha y viceversa. En alguno de estos casos, se colocó el espejo adaptado a una rótula pequeña sujeta a la abrazadera de la aleta nasal (figuras 1, A y B), de la montura, detrás del cristal próximo al globo ocular (tal como propuso Bell), y en la mayoría de los pacientes se situó el espejo en la parte nasal, sujeto con una abrazadera pequeña al aro metálico de la montura (figura 2, A y B), por delante del cristal (como propusieron Burns y cols.).

Comprobamos que se fueron realizando modificaciones en la forma y en el tamaño del espejo, según los resultados de las experiencias referidas por los propios sujetos, con el fin de lograr mejores resultados y más aceptable aspecto estético. Cuando se prescribió un espejo de forma rectangular, su tamaño osciló entre 8×12 mm y 10×16 mm. El espejo rectangular, con ángulos redondeados, tuvo unas medidas de 8×10 mm, y los fabricados con forma ovalada alcanzaron un máximo de 10×16 mm.

Es muy conveniente que se pueda movilizar fácilmente el espejo, para orientar su posición, de tal manera que sea posible formar un ángulo de inclinación con el plano de la montura que varíe entre 60 y 80°, y una vez comprobado por el paciente conviene fijarlo en tal posición.

Se explicará al paciente que para la visión lejana, debe utilizar el espejo como si fuese un retrovisor de un automóvil (por ello, Palomar-Petit lo denomina: «espejo nasolaterovisor»), pues de esta forma indicará cuándo ha de girar la cabeza en dirección apropiada para dirigir directamente la mirada al objeto.

En los 23 casos revisados, se aceptó el espejo nasolaterovisor desde el inicio en 20 ocasiones y 3 pacientes lo rehusaron por no habituarse fácilmente (2 con hemianopsia homónima derecha y 1 con hemianopsia homónima izquierda). Presentaron mayores dificultades 7 de dichos casos, ya que tardaron más de 3 semanas, como promedio, en adaptarse.

En los pacientes afectados de hemianopsia homónima, es típico el trastorno de lectura; así, en el caso de hemianopsia homónima derecha, tienen dificultad para seguir la línea que leen, y en el caso de hemianopsia homónima izquierda, para hallar el comienzo de la línea siguiente.

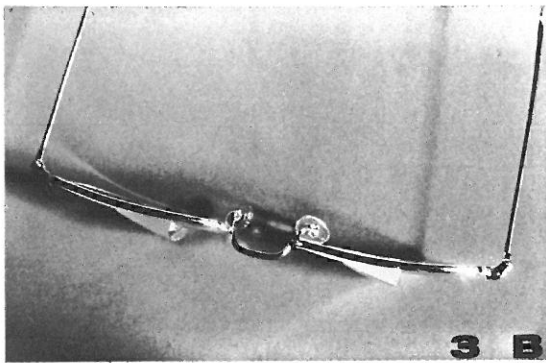
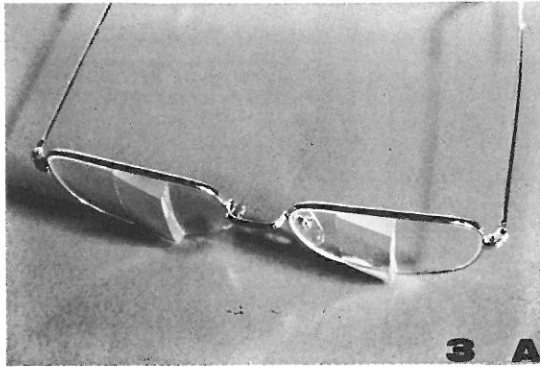


Figura 3. Modelo de gafas con prismas adosados (modificación Palomar-Petit), en un caso de hemianopsia homónima izquierda).

Para la rehabilitación en visión próxima, Palomar-Petit (1979) utiliza el método de Braunschweig (1920), prescribe prismas de 8 a 10 dioptrías prismáticas adosados en el centro de los cristales de las gafas, con las bases orientadas hacia el lado del defecto hemianóptico, con lo que se logra alcanzar un área de 4 a 5 cm del lado anóptico (figuras 3, A y B). En algunos casos recurrió a utilizar prismas «Press-On» de 10 a 20 dioptrías, que fueron bien tolerados.

BIBLIOGRAFIA

- Bell E. (Jr). «A mirror for patients with hemianopsia», *J.A.M.A.*, 140: 1.024 (1949).
- Braunschweig, P. «Ein Hilfsmittel für Hemianopiker.», *Klin. Monatsbl. Augenh.*, 65: 535-538 (1920).
- Burns, T.A.; Hanley, W.J.; Pietri, J.F. y Welsh, E.C. «Spectacles for hemianopia. A clinical evaluation», *Am. J. Ophthal.*, 35: 1.489-1.492 (1952).
- Mintz, M.J., «A mirror for hemianopsia», *Am. J. Ophthal.*, 88: 768 (1979).
- Palomar-Petit, F. Conferencia magistral «Progresos en Oftalmoneurología», Sesión Científica Inaugural del Curso 1967-1968, Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares. Asociación de Oto-Neuro-Oftalmología, 19-XII-1967, Barcelona.
- Palomar-Petit, F. Comunicación presentada al LV Congreso de la Sociedad Española de Oftalmología, Sevilla 1978, «Rehabilitación en las hemianopsias homónimas», *Arch. Soc. Esp. Otol.* 39: 685-694 (1979).
- Palomar-Petit, F. «Enfoque actual de la rehabilitación en las hemianopsias homónimas». Reunión Española de Oto-Neuro-Oftalmología, Academia de Ciencias Médicas, 21-XI-1982, Barcelona.
- Smith, J.L.; Weiner, I.G. y Lucero, A.J. «Hemianopic Fresnel prisms», *J. Clin. Neuro-Ophthalmol.*, 2: 19-22 (1982).
- Strebel, J. «Zur Korrektur der gleichseitigen Hemianopien», *Klin. Monatsbl. Augenh.*, 71: 236 (1923).
- Walsh, F.B. y Hoyt, W.F. «Clinical Neuro-Ophthalmology», vol. I, p. 84, The Williams and Wilkins Company, Baltimore, 1969.
- Walsh, T.J. y Smith, J.L. «Hemianopic spectacles», *Am. J. Ophthal.*, 61: 914-915 (1966).
- Wiener, A. «A preliminary report regarding a device to be used in lateral homonymous hemianopsia», *Arch. Ophthal.*, 55: 362-363 (1926).
- Young, Ch.A. «Homonymous hemianopsia during pregnancy aided by reflecting prism», *Arch. Ophthal.*, 2: 560-565 (1929).