

LOS SINDROMES MAS IMPORTANTES
DE LAS VIAS VISUALES

V

SINDROME QUIASMÁTICO*

DR. ANSELMO FONTE B.

EL TÉRMINO de "Síndrome Quiasmático" creado por Cushing en 1930, comprendía "*atrofia de los nervios ópticos con hemianopsia bitemporal y silla turca normal, en pacientes adultos, con tumores del piso anterior y medio*". Esta connotación, tamizada satisfactoriamente por el tiempo, se ha ampliado e incluye diversas y características alteraciones del campo visual, asociadas a cambios en la papila óptica que señalan signológicamente el sufrimiento quiasmático, presentándose en cualquier edad y por diferentes causas.

Para comprender e interpretar correctamente los signos visuales, es necesario —además de conocer la sistematización de las vías visuales—, (descritas por el Dr. Sánchez Bulnes) recordar algunos detalles de la topografía quiasmática:

A) El quiasma tiene una *inclinación* de 15° a 35° sobre la tienda de la hipófisis con ángulo abierto hacia atrás, de tal manera que su borde posterior no está en contacto con ella como el anterior. Ha sido demostrado anatómicamente por Favory (Fig. 1) y confirmado por Balado con yodoventriculografía. Este hecho anatómico explica las variaciones campimétricas en algunos tumores hipofisarios con hemianopsia bitemporal que se convierte en hemianopsia homónima por lesión de la cintilla óptica, así como la instalación tardía de edema papilar —independiente del tamaño tumoral— al salvar el quiasma y bloquear los espacios subaracnoideos.

B) La *posición del quiasma* en relación con la silla turca no es siempre la misma. De Schweinitz y Schaeffer concluyen después de numerosas disecciones que el *quiasma medio* se encuentra en el 91%, el *anterior* por nervios ópticos

* Trabajo leído por su autor en la sesión del 16 de octubre de 1963.

cortos en el 5% y el *posterior* por nervios ópticos largos en el 4%. Se comprende por qué algunos tumores hipofisarios pueden iniciar su sintomatología ocular con síndrome del nervio óptico y los meningiomas del tubérculo de la silla o del ala menor del esfenoides, por compresión quiasmática.

C) Los únicos *medios de fijación* del quiasma son los nervios ópticos y las bandeletas ópticas, lo que permite cierta movilidad lateral y vertical, explicando su rechazamiento sobre los vasos del polígono, por diversos procesos, tumorales o aneurismáticos.

D) El quiasma está rodeado por el *Polígono de Willis* (Figs. 1 y 2) con la siguiente distribución: a los lados las *carótidas internas*; las *cerebrales anteriores* —desprendidas de éstas— “cabalgan” sobre la porción supero-externa de los nervios ópticos y unidas por la *comunicante anterior*; las *comunicantes posteriores*, que unen las carótidas con las *cerebrales posteriores* (ramas del tronco basilar), pasan por debajo de las cintilas ópticas. La relación quiasma-polígono debe tenerse siempre presente en la interpretación de los fenómenos perimétricos, pues como se verá más adelante, el daño quiasmático frecuentemente es producido mecánicamente por los vasos y no por el proceso patológico mismo.

COMPONENTES DEL SÍNDROME QUIASMÁTICO

A) *Cambios en la papila óptica.* El estado que guarda la papila está ligado al sufrimiento quiasmático, sea por el ataque mismo de sus fibras o por el bloqueo de los espacios subaracnoideos, presentando consecuentemente atrofia o edema papilar. En ocasiones la *atrofia puede ser secundaria a la antigüedad e intensidad del edema papilar* y en otros, *puede agregarse moderado edema papilar a una atrofia previamente establecida.*

La *atrofia primaria* es el síntoma dominante (Holloway 84%, Di-Marzio 70%, etc.). El edema papilar es poco frecuente y depende fundamentalmente de la situación tumoral.

B) *Campo visual.* La exploración del campo visual proporciona los elementos más finos para el diagnóstico del síndrome y *constituye el único dato exacto de control en la evolución espontánea o post-quirúrgica.*

La “hemianopsia bitemporal” es la alteración característica, casi patognomónica de lesión quiasmática, pero los factores anatómicos señalados (movilidad del quiasma, posiciones del mismo, relación con los vasos del polígono) dan lugar a otras variedades de hemianopsia (altitudinal, binasal y homónima).

a) *Hemianopsia bitemporal.* Puede iniciarse en dos formas: *la simple y la escotomatosa.*

La *forma simple* (o no escotomatosa) (Figs. 3 4 y 5) es producida con más frecuencia por los procesos infraquiasmáticos, de ahí que la *iniciación correspon-*

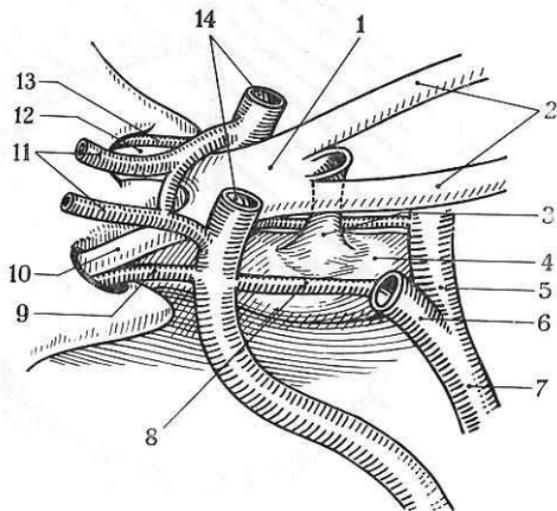


FIGURA 1

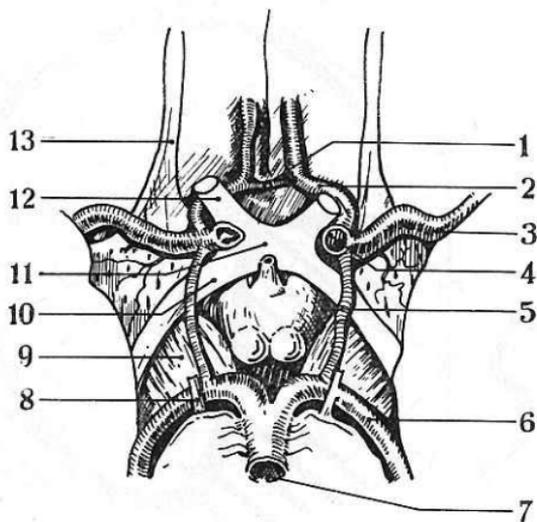


FIGURA 2

da al sector temporal superior (Walter, Traquair y Malbran) por ataque del haz nasal periférico. Continuando la presión y encontrándose un arco inextensible formado por el exágono vascular, las fibras nasales superiores se lesionan, perdiéndose el cuadrante temporal inferior. Si el proceso avanza, se comprimen las fibras temporales con ataque del sector nasal del campo, quedando como último reducto visual el cuadrante nasal superior.

Forma escotomatosa. (Figs. 6 y 7). En el vértice del cuadrante temporal superior, aparece un escotoma que avanza hacia abajo y hacia afuera, indicando la lesión del borde posterior del quiasma, sitio donde se encuentran las fibras procedentes de la mácula. En ocasiones, el escotoma se agrega a una forma simple, (Figs. 8 y 9) lo que permite inferir la evolución tumoral hacia la parte posterior del quiasma (*Forma escotomatosa tardía de Malbran*).

b) *Hemianopsia binasal.* (Figs. 10 y 11). Este déficit perimétrico es de importancia tanto por su mecanismo patogénico, como por la diferente situación del proceso que la produce. Para Márquez, Hartman y David se produciría sólo por el ataque de la porción externa de los nervios ópticos. Actualmente está fuera de toda duda, que los bordes quiasmáticos lesionados por los vasos del polígono —principalmente las carótidas internas— condicionan el defecto binasal por daño de las fibras temporales. Los 17 casos recolectados de diferentes autores por Malbran, muestran la variedad topográfica del agente causal. Personalmente tengo cuatro casos con comprobación quirúrgica: 1 aracnoiditis opto-quiasmática operada por el Dr. Clemente Robles; 2 tumores de fosa posterior y 1 cisticercosis de IV ventrículo, operados por el Dr. Hernando Guzmán West en la antigua Unidad de Neuropsiquiatría del I.M.S.S.

c) *Hemianopsia altitudinal.* (Figs. 12 y 13). Llamada también "horizontal" está constituida por la pérdida de los sectores superiores o inferiores del campo visual, originada por la compresión de las fibras inferiores o superiores del quiasma. Se presenta en procesos masivos, extensos, de evolución rápida, rechazando en bloque el cuerpo quiasmático, lesionándose las fibras por compresión directa tumoral o favorecida por su proyección contra los vasos del polígono.

Es raro observar este fenómeno perimétrico en los tumores del compartimiento hipofisiario y más frecuentemente en gliomas del quiasma, tumores del III ventrículo y de la fosa posterior, así como en las racnoiditis opto-quiasmáticas.

d) *Hemianopsia homónima.* (Figs. 14 y 15). Esta variedad campimétrica reconoce el ataque de alguna bandeleta óptica, por un tumor de desarrollo posterior (variedad superior de los craneofaringiomas) o un quiasma preinsertado. Cabe señalar la posibilidad "remota" de producción en el quiasma mismo si hay lesiones de cualquiera de sus ángulos anteriores, ya que a ese nivel se encuentra la "rodilla anterior", formada por haces nasales periféricas del lado opuesto. Esta hemianopsia es muy asimétrica y de marcada incongruencia, datos que pueden orientar.



MEYERSONNE - BORDAT - BORDAT

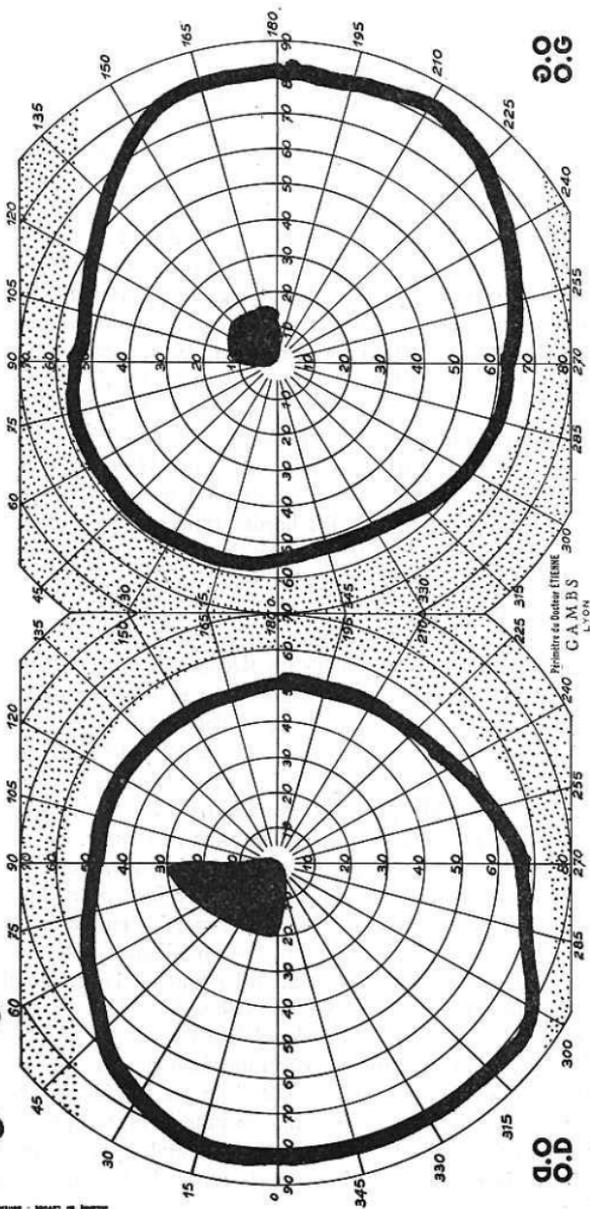
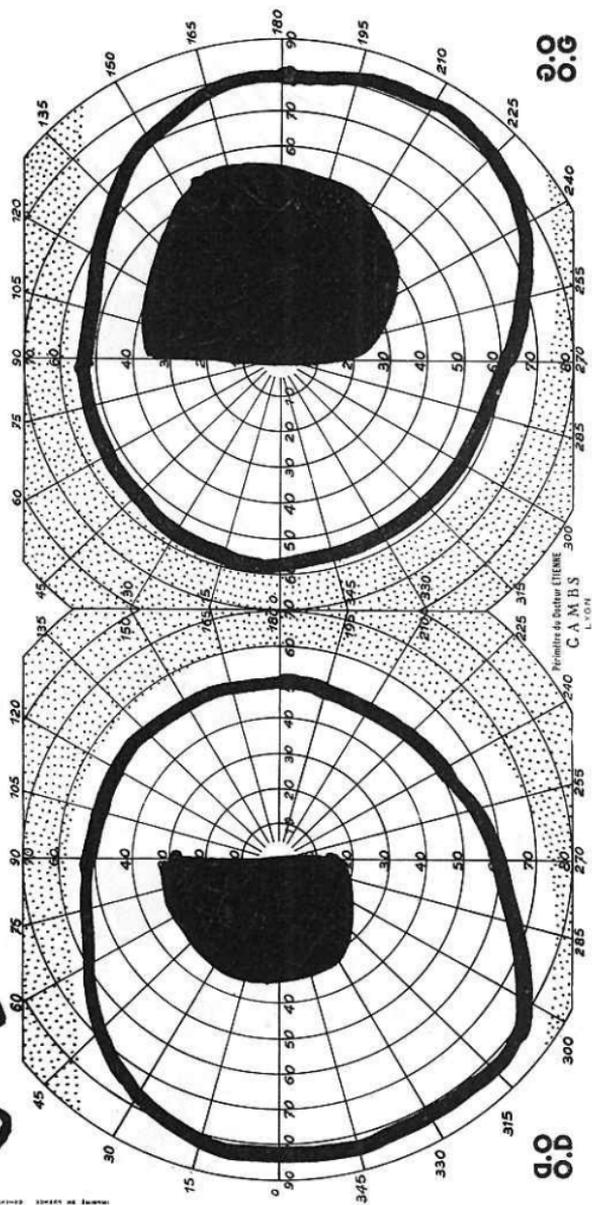


FIGURA 6



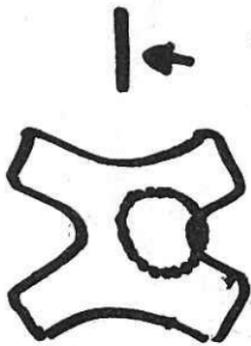
MADE IN U.S.A. (mirrored text)



0.0
0.0

0.0
0.0

FIGURA 7



www.falsonline.com - Ricerca di lavoro

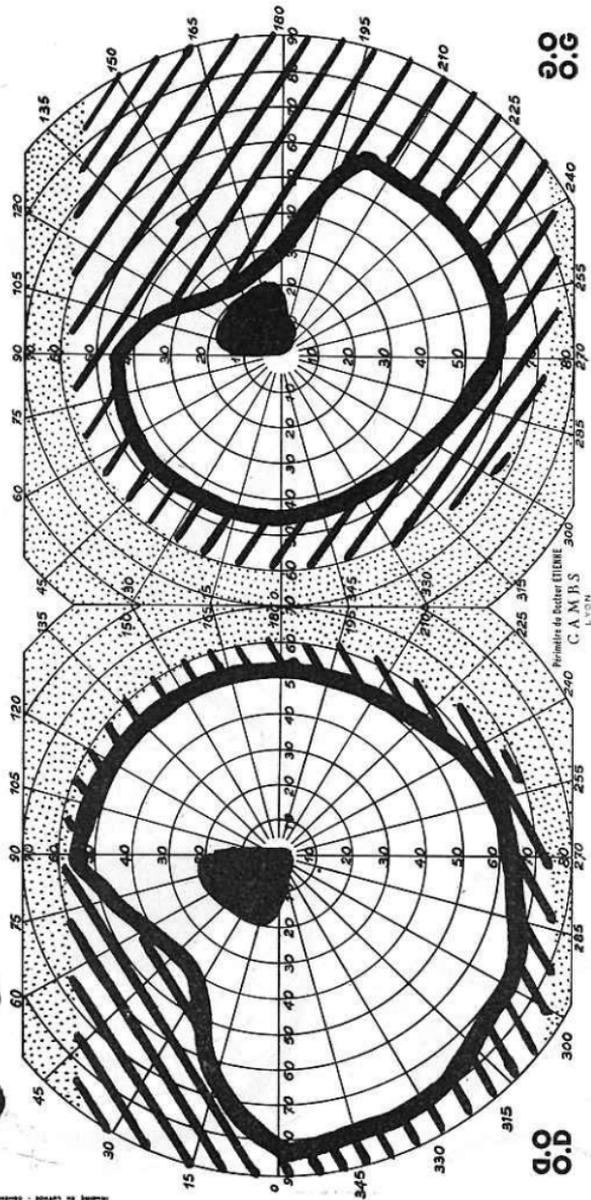
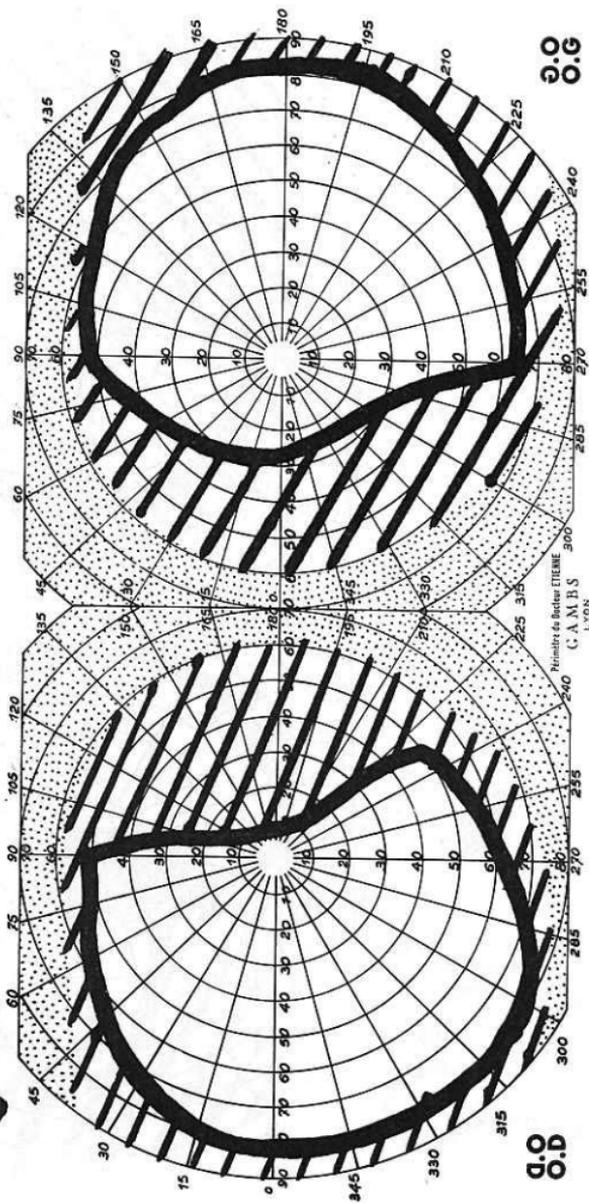
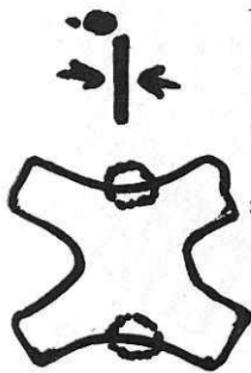


FIGURA 8



0.0
0.0

0.0
0.0

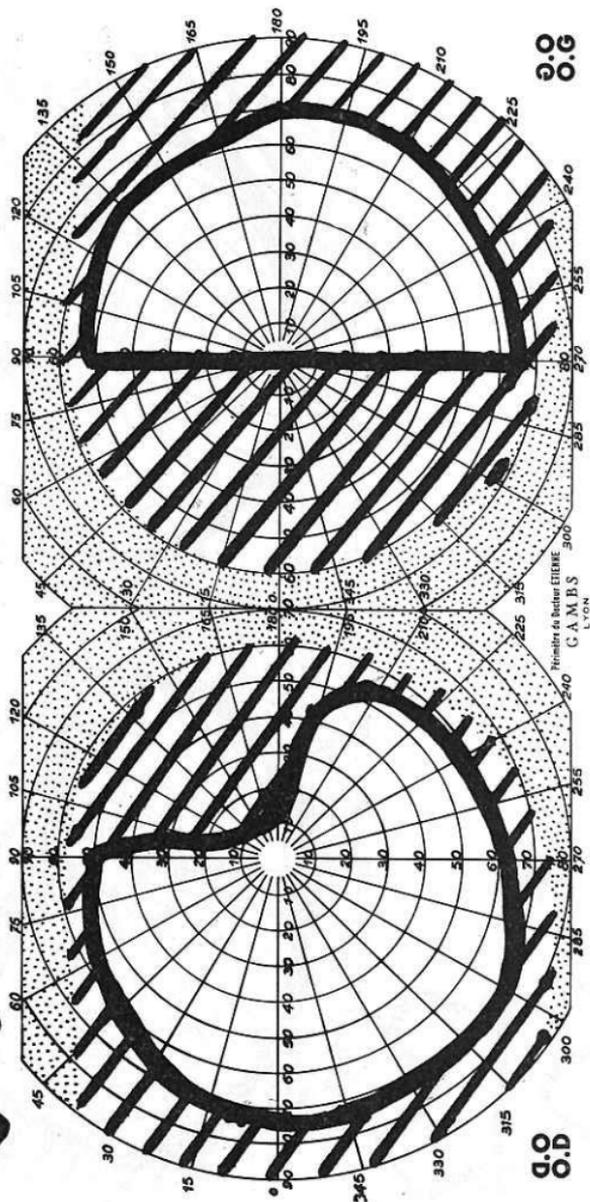


FIGURA 11

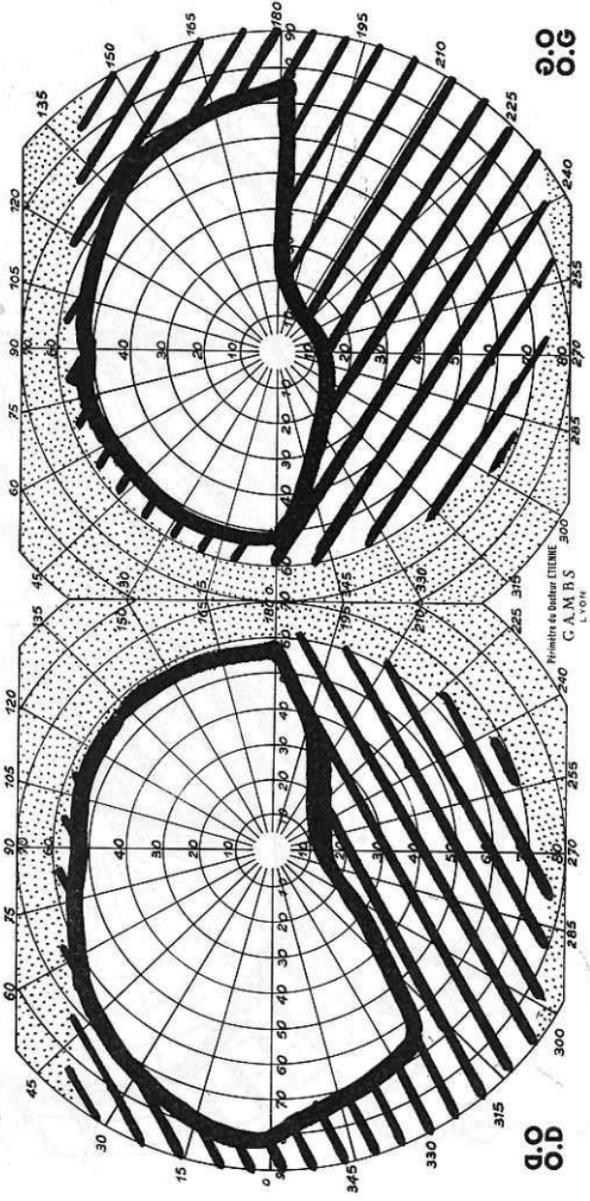
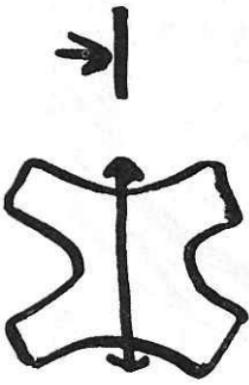


FIGURA 12

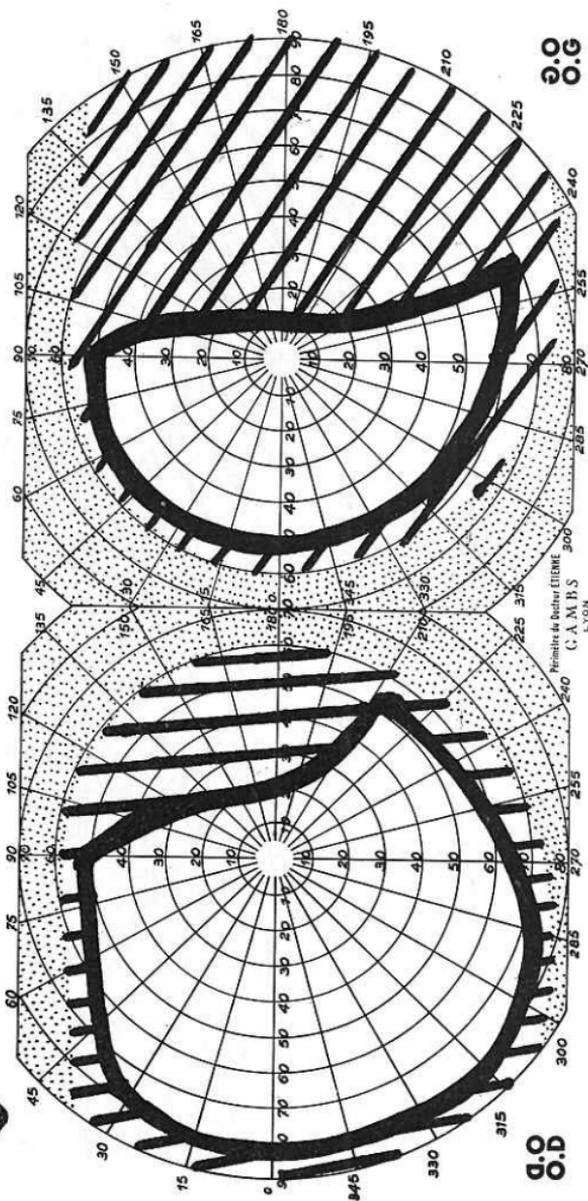


FIGURA 15

e) *Estrechamientos concéntricos.* (Fig. 16). No es raro observar depresiones concéntricas irregulares en lesiones quiasmáticas. Las aracnoiditis opto-quiasmáticas suelen dar esta alteración, pero procesos tumorales de situación quiasmática anterior, principalmente hipofisarios o meningiomas, también pueden darlos.