

SINDROMES MAS IMPORTANTES DE LAS VIAS  
VISUALES

VIII

CONSIDERACIONES NEUROLOGICAS A LOS SINDROMES  
RETROQUIASMATICOS\*

DR. MARIO FUENTES D.

**E**XISTEN diversos padecimientos neurológicos que pueden afectar las vías ópticas retroquiasmáticas en su recorrido, del quiasma a los cuerpos geniculados externos; de éstos, siguiendo las radiaciones ópticas, su proyección anterior hacia el lóbulo temporal y, finalmente, en su trayecto hacia el lóbulo occipital. Por lo tanto, vamos a considerar aquellos padecimientos que afecten estas áreas, ya directas o indirectamente, concurriendo su sintomatología, con la de las vías ópticas y que han sido descritas por los oftalmólogos de los cuales somos colaboradores en esta sesión conjunta.

En primer lugar, para seguir cierto orden, mencionaremos los padecimientos desmielinizantes, como la esclerosis múltiple, la esclerosis diseminada y la leucoencefalitis y periaxil difusa o enfermedad de Schilder. En la esclerosis múltiple, hay a veces placas desmielinizantes que pueden afectar las cintillas ópticas y acompañarse de hemianopsia homónima, conjuntamente con otras manifestaciones ópticas previas o concomitantes. La sintomatología neurológica concreta ya quedó descrita en el tema anterior. De la encefalomiелitis diseminada, dada también su difusión, puede evolucionar con síntomas hemianópsicos, aunque no se señala en la literatura una localización frecuente de estas lesiones; en cambio, en la enfermedad de Schilder, los síntomas preponderantes son los síntomas visuales de ceguera cortical o agnosia visual, en donde subsisten intactos los reflejos pupilares, y el aspecto de los nervios ópticos es normal. El padecimiento puede

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

iniciarse en otras áreas subcorticales como en los lóbulos frontales, y propagarse a otras regiones subcorticales del lóbulo temporal parietal, al tronco cerebral, con una sintomatología progresiva, en relación con las zonas desmielinizantes que aparezcan. Las capas corticales siempre indemnes; de cualquier manera el paciente acusa un déficit intelectual del tipo oligofrénico o de regresión intelectual.

En la neuromielitis óptica de Devic, que ya describimos en el tema anterior, concurre a veces no sólo con neuritis óptica o retrobulbar; en algunos casos se han comprobado síndromes quiasmáticos y aún retroquiasmáticos cuyas lesiones se han verificado en autopsias.

De los procesos encefalíticos infecciosos que vamos a describir, es la encefalitis letárgica o enfermedad de Von Economo la que interesa, por las secuelas oftalmológicas y en particular por las implicaciones de las vías ópticas retroquiasmáticas y lesión de los centros reguladores de la pupila en el mesencéfalo. Es común observar en este padecimiento, y en particular como secuelas del proceso agudo, trastornos pupilares que varían desde la anisocoría, la miosis o midriasis, la rigidez pupilar y, en algunos casos, hasta el signo de Argyll-Robertson puede apreciarse. Es característica la parálisis de la convergencia y otra serie de trastornos oculomotores, como estrabismos, diplopia, parálisis de los movimientos conjugados, etc. Desde el punto de vista de la sintomatología neuro-oftalmológica, es característica la aparición de las llamadas crisis oculógiras o espasmos tónicos comúnmente hacia arriba, a veces con cierto parpadeo mioclónico. Estudiando el estado psíquico subjetivo de estos pacientes en el momento de las crisis oculógiras muchos de ellos acusan síntomas de ausencia mental y en otros un estado que pudieramos calificar de oniroide, con muchas fantasías con proyección visual. Al terminar la crisis, sobre todo si ésta es algo prolongada, el paciente siente como que despierta o vuelve en sí y puede hacernos el relato de estas experiencias subjetivas, que comúnmente no se describen en las neurologías, como en las descripciones psicológicas o psiquiátricas de estas secuelas interesantes del post-encefalítico. Junto con los trastornos pupilares y crisis oculógiras, hay el cuadro característico del parkinsonismo bradicinético o hiperquinético, con otras muchas manifestaciones neurológicas, propias de la localización difusa, pero acentuadamente selectiva en el mesencéfalo: substancia nigra, substancia gris periacueducto, formación reticular mesencefálica; también afecta los núcleos grises centrales, el núcleo del motor ocular común, el hipotálamo, etc. De estas localizaciones se deriva también otra serie de síntomas de gran importancia psiquiátrica, como son las perturbaciones psíquicas, en relación con la conducta ética que parece perturbarse en forma selectiva; aparecen estados delirantes alucinatorios especialmente de origen onírico y que hemos recopilado, con el Dr. J. L. Patiño en su tesis receptional, señalando en nuestro medio la presencia de estas secuelas de aquella epidemia, llamada Gripe Española, que afectó al país, por los años de 1918 y 1920. Es interesante también mencionar la concomitancia de síndromes hipotalámicos

diversos y el hecho de que este padecimiento, por sus localizaciones en el tronco cerebral, dio lugar a un énfasis de la investigación para ampliarse posteriormente ya en el campo de experimentación señalando toda la importancia del mesencéfalo, formación reticular, diencéfalo, etc., en la regulación del sueño, regulación en las funciones de alertamiento y en la influencia activante o inhibitoria de la formación reticular, para condicionar niveles de conciencia hacia una vigilia de claridad luminosa, hasta un apagamiento difuso o selectivo, crepusculares a veces, que son la base de las conductas confusionales o de simples ofuscamientos mentales. La encefalitis ha servido como base de la clínica, la anatomía patológica y la experimentación, para situarnos en una mejor perspectiva para la comprensión de muchos fenómenos psíquicos y neurológicos y aun metabólicos que anteriormente no se conocían en su correlación anatómica.

Un siguiente grupo de padecimientos que pueden afectar las vías retroquiasmáticas lo constituyen los tumores, especialmente los basales posteriores, los de la fosa posterior, los del lóbulo occipital, parietal y temporal y aquellos procesos inflamatorios, meningíticos, sobre todo basales o procesos parasitarios como la cisticercosis, con tal que interfieran la circulación del l.c.r. en su corriente intraventricular hacia el 4º ventrículo o su obstrucción en los espacios subaracnoideos como en la reacción aracnoideítica adhesiva de la cisticercosis, tuberculosis, etc.

Mencionaremos entre los tumores basales, aunque como excepción, algunos adenomas hipofisarios de crecimiento posterior, que pueden ocasionalmente dar síndromes de hemianopsia homónima.

El neurinoma del acústico, tumor de crecimiento lento y progresivo, que se puede acompañar de sintomatología del 8o, par, del 5o, 7o y si su crecimiento es hacia dentro, comprime el pedúnculo, puede dar lugar a hemianopsia homónima, síndrome piramidal contralateral, etc. y si crece hacia abajo puede dar una sintomatología de nervios bulbares.

Más típico como tumor del tronco cerebral, con diversos trastornos visuales, es el glioma del mesencéfalo, tumor sin crecimiento, pero de tipo infiltrativo que puede dar lugar a síndromes pupilares, de los movimientos conjugados y por su naturaleza infiltrativa, con focos trombótico o hemorrágico, puede influir sobre las vías tálamo-geniculadas y dar lugar a hemianopsias homónimas, concomitantes al cuadro tumoral del mesencéfalo. En esta localización, hay profundas alteraciones de la conciencia, que llevan al enfermo a un estado pseudocomatoso o de somnolencia fluctuante, sin lograr un despertar completo. Sin embargo si se le observa y explora detenidamente, vemos que tiene capacidad de advertencia, pero ha perdido su vida de relación. A este estado se ha llamado coma vigil o mutismo aquinético de Cairns, descrito por él en 1941.

El glioma del tálamo, generalmente se acompaña de hemianopsia homónima y del llamado síndrome talámico de Dejerine-Roussy, que consiste en hemi-hipo-

estesia contralateral, trastornos disistésicos a veces, las llamadas crisis talámicas, con hiperpatía. La propagación del tumor hacia dentro afecta la cápsula interna en su sector posterior, por lo cual comúnmente se asocia hemiplejía contralateral a la hemianestesia.

En la fosa posterior se deben mencionar los tumores del vermis, generalmente, méduloblastomas en los niños, astrocitomas, que pueden comprimir el 4o. ventrículo, dando hidrocefalias internas progresivas; un hidrocéfalo así originado, puede dilatar el tercer ventrículo y es sabido que esta dilatación como lo hemos observado en algún caso de cisticercos único del 4º ventrículo, puede dar una hemianopsia altitudinal por irritación de la cara superior del quiasma o bien hemianopsias bitemporales como en los adenomas hipofisarios. La comprensión de estos tumores, sobre el mesencéfalo puede traer defectos del campo visual retroquiasmáticos por repercusión.

Por el mismo mecanismo de la hidrocefalia interna progresiva, en los tumores del 4o. ventrículo, como el ependimoma, tumor sólido y compacto, determina, aparte de la sintomatología intraventricular, una sintomatología mesencefálica, sobre todo en su etapa tardía, pudiendo afectar las vías retroquiasmáticas genículo-mesencefálicas o talamogenuculadas, con síndromes pupilares y hemianópsicos. La sintomatología del 4o. ventrículo, en breves palabras, se caracteriza por hipertensión craneana progresiva, a veces intermitente; rigidez de nuca y posición antálgica, crisis vertiginosa con los cambios posturales, o síndrome de Bruns, síndromes bulbares y síndrome piramidal de nivel mesencefálico bilateral.

Entre los tumores del lóbulo occipital, cuya localización se reduce a los trastornos oftalmológicos campimétricos y de ceguera cortical, tenemos los meningiomas, el melanoma, los tumores metastásicos carcinomatosos, que como sabemos pueden tener focos múltiples. Todos ellos se acompañan de síndromes hemianópsicos y trastornos visuales psíquicos que han sido descritos desde el punto de vista oftalmológico. La pequeñez del lóbulo occipital y su íntima continuidad con el lóbulo parietal, hace que muchos tumores del lóbulo occipital o del parietal posterior, concurren con una sintomatología superpuesta. Así los tumores del lóbulo parietal o en general las lesiones, ya considerando, por ejemplo, las de origen vascular, izquemias, trombosis y reblandecimientos, hemorragias, pueden dar sintomatología psíquica, neurológica y visual, que se concretan en distintos síndromes, principalmente el del pliegue curvo, dando el característico síndrome de Gerstman Poetzl, que consiste en agnosia de dedos, pérdida de la noción derecha izquierda, acalculia y agrafia. Este síndrome es de una gran precisión topográfica y corresponde al área 39 de Broadman y, desde luego, en casos de tumores, que se concibe han de incurrir hacia otras áreas vecinas, hay sintomatología de agnosias como para la lectura, la alexia o incapacidad del reconocimiento simbólico de las letras. La alexia puede ser parietal u occipital, pudiendo hacerse algunas apreciaciones sutiles en su diferenciación. La alexia puede

ser literal, si sólo ocurre la incapacidad de apreciación simbólica de una letra, verbal si se trata de palabras completas o alexia semántica, si puede "leerse" y comprender las palabras aisladamente, pero no se comprende el significado de un párrafo total.

En los tumores del lóbulo temporal, como astrocitomas, gliomas, o en lesiones degenerativas, abiotróficas, pueden ocurrir síndromes hemianópsicos en cuadrantes, como ya se han descrito. Conjuntamente, hay toda una sintomatología característica de estas localizaciones, sobre todo del lóbulo temporal izquierdo, del hemisferio dominante. Se describen las crisis uncinadas (uncinate fits), que consisten en aura olfativa, movimientos de saboreo, estado oniroide de la conciencia, con experiencias a veces reminiscentes que dan al enfermo la sensación de vivencias antiguas que actualiza y finalmente en algunos casos la crisis convulsiva. Otras veces los síntomas psíquicos del lóbulo temporal, parte de la llamada epilepsia temporal, consisten en diversos fenómenos del automatismo psicomotor, automatismo mental, alucinaciones, el fenómeno del *deja vue o jamais vue*, el sentimiento de extrañeza del yo (despersonalización) o extrañeza de la realizada y a menudo defectos amnésicos de la amnesia nominal o afasia nominal. El registro electroencefalográfico caracteriza esta localización o la modalidad de una epilepsia del lóbulo temporal.

Por último, diversas alteraciones de la irrigación sanguínea del cerebro, del tronco cerebral y de los hemisferios, pueden dar sintomatología neurológica, psíquica y de campos visuales. La insuficiencia circulatoria carotídea puede dar síndromes trombóticos al afectar la irrigación de la cerebral media, por ejemplo de la cerebral posterior, en casos de trombosis en la vertebral, en el polígono de Willis. En los infartos trombóticos por padecimientos cardíacos, en infartos secundarios a arterioesclerosis, como en los seniles, puede haber focos múltiples, con síndrome pseudobulbar, hemiplegia o hemiparesia doble, llanto y risa pseudobulbar y desde luego la posibilidad de defectos hemianópsicos según el foco. Es típica la hemorragia de arteria de Charcot, con hemiplegia capsular y en cuyas secuelas puede presentarse hemianopsia homónima.

Finalmente, sólo mencionaremos, por importantes, los aneurismas del polígono de Willis que en su parte posterior, pueden dar sintomatología basal, peduncular y de cintila óptica. Su ruptura, o su extravasación sanguínea trae el clásico cuadro de la hemorragia subaracnoidea, en cuya secuela puede apreciarse una hemianopsia. Los traumas con lesiones cerebrales son causa de síndromes hemianopdeicos o visuales del lóbulo occipital o temporal. Considero que hay otras causas a enumerar, pero nos hemos concretado a las principales.