



ORIGINAL BREVE

Pérdida visual no orgánica. Serie de 5 casos



E. Santos-Bueso*, F. Sáenz-Francés, S. García-Sáenz, J.M. Martínez-de-la-Casa y J. García-Feijoo

Unidad de Neurooftalmología, Servicio de Oftalmología, Instituto de Investigación Sanitaria, Hospital Clínico San Carlos (IdISSC), Madrid, España

Recibido el 19 de noviembre de 2013; aceptado el 14 de enero de 2014

Disponible en Internet el 22 de mayo de 2014

PALABRAS CLAVE

Pérdida visual;
No orgánica;
Fotofobia;
Psicopatología

Resumen La pérdida visual no orgánica es la presencia de sintomatología ocular sin una base orgánica que la justifique y que puede presentarse hasta en el 5% de los niños que acuden a la consulta de oftalmología ambulatoria. La sospecha y el manejo de esta situación son fundamentales para un diagnóstico adecuado, evitando no solo derivaciones innecesarias a otras especialidades, sino para evitar también el gasto sanitario, además de disminuir la angustia paterna por la posible presencia de enfermedad ocular en sus hijos.

© 2013 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Visual loss;
Non-organic;
Photophobia;
Psychopathology

Non-organic visual loss. A series of 5 cases

Abstract Non-organic visual loss is the presence of ocular symptoms without an organic base that justifies it, and can occur in up to 5% of the children attending Ophthalmology Outpatients. A suspicion and the management of this situation are essential for a proper diagnosis, not only to avoid unnecessary referrals to other specialties, but also to avoid health spending, in addition to reducing parental distress by the possible presence of eye disease in their children.

© 2013 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La pérdida visual no orgánica (PVNO) o simulación en oftalmología es la presencia de sintomatología ocular, principalmente pérdida de visión, sin una base orgánica que la justifique. También denominada pérdida visual funcional, no

es una afección específica de unidades de neurooftalmología o de oftalmología pediátrica, ya que puede presentarse en cualquier consulta de oftalmología general. La sospecha de PVNO es fundamental para establecer un manejo adecuado, evitando derivaciones a otras especialidades y el gasto secundario innecesarios, así como para llegar a un diagnóstico adecuado disminuyendo la angustia paterna por el cuadro clínico presentado por los niños¹⁻³.

La PVNO se establece en niños y en adultos de forma claramente diferenciada. El adulto simula de forma deli-

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: esbueso@hotmail.com (E. Santos-Bueso).

Tabla 1 Características de la muestra de 5 pacientes con pérdida de visión no orgánica

	Sexo	Edad	Síntoma	AV OD	AV OI	Método diagnóstico	AV OD PCCL	AV OI PCCL
Caso 1	Mujer	9	Disminución bilateral de la visión	0,2	0,2	PCCL	0,8	0,8
Caso 2	Mujer	8	Disminución bilateral de la visión	0,3	0,3	PCCL	0,8	0,8
Caso 3	Hombre	7	Disminución bilateral de la visión	0,3	0,2	PCCL	1	1
Caso 4	Mujer	10	Disminución bilateral de la visión	0,1	0,1	PCCL	0,8	0,8
Caso 5	Hombre	8	Fotofobia	1	1	Linterna delfín		

AV: agudeza visual; OD: ojo derecho; OI: ojo izquierdo; PCCL: prueba de confusión con lentes.

berada para engañar o como resultado de una enfermedad psiquiátrica. En el caso de PVNO infantil, la etiología, el tratamiento y el pronóstico son distintos. Se estima que la PVNO se presenta hasta en el 5% de los niños revisados en una consulta ambulatoria. Suelen ser niñas entre 9 y 11 años, cuyo comienzo se produce principalmente en el primer trimestre escolar y, con menor frecuencia, en vacaciones estivales y en el periodo navideño¹⁻⁶.

Presentamos una serie de 5 pacientes, sus características y su manejo clínico, diagnosticados de PVNO -por el mismo equipo médico- 4 de ellos en la consulta ambulatoria de oftalmología del Centro de Especialidades Quirúrgicas «Modesto Lafuente» y otro en la Unidad de Neurooftalmología del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, durante el mes de octubre del año 2013 (tabla 1).

Pacientes y métodos

Paciente 1. Niña de 9 años, derivada desde Atención Primaria (AP) por déficit visual progresivo en el último mes. No presentaba ningún antecedente personal ni familiar de interés ni antecedentes de alergia. Presentaba una agudeza visual (AV) de 0,2 (E de Snellen) en ambos ojos (AO), con una exploración oftalmológica normal incluyendo el polo anterior, presión intraocular (PIO), la motilidad ocular extrínseca e intrínseca y el fondo de ojo (FO). En la refracción sin ciclopejía presentaba +0,50 en AO y bajo ciclopejía +1,00 en AO. Ante la sospecha de PVNO, fue citada en una semana para realizar una nueva exploración con la prueba de confusión con lentes (PCCL) (fig. 1) que evidenció una AV de 0,8 en AO.



Figura 1 Prueba de confusión con lentes. Se trata de miopizar al paciente con una lente de alta potencia y posteriormente neutralizarla con los valores positivos.

Paciente 2. Niña de 8 años, derivada desde AP por déficit visual progresivo en el último mes. No presentaba ningún antecedente personal ni familiar de interés ni antecedentes de alergia. Presentaba una AV de 0,3 en AO, con una exploración oftalmológica normal incluyendo el polo anterior, la PIO, la motilidad ocular extrínseca e intrínseca y la FO. En la refracción sin ciclopejía presentaba +1,00 en AO y bajo ciclopejía +1,50 en AO. Ante la sospecha de PVNO, fue citada en una semana para realizar una nueva exploración con la PCCL, que evidenció una AV de 0,8 en AO.

Paciente 3. Niño de 7 años, que acudió a urgencias por déficit visual brusco en la última semana. No presentaba ningún antecedente personal ni familiar de interés, ni antecedentes de alergia. Presentaba una AV de 0,3 en ojo derecho (OD) y 0,2 en ojo izquierdo (OI) con una exploración oftalmológica normal incluyendo polo anterior, PIO, motilidad ocular extrínseca e intrínseca y FO. En la refracción sin ciclopejía, presentaba +0,00 en AO y bajo ciclopejía +0,75 en AO. Antes de proceder a dilatar la pupila y ante la sospecha de PVNO, se realizó la prueba de PCCL que evidenció una AV de 1,0 en AO.

Paciente 4. Niña de 10 años derivada desde AP por déficit visual progresivo de 2 meses de evolución, coincidiendo con el inicio del curso académico. No presentaba ningún antecedente personal ni familiar de interés ni antecedentes de alergia. Presentaba una AV de 0,1 en AO con una exploración oftalmológica normal incluyendo polo anterior, PIO, motilidad ocular extrínseca e intrínseca y FO. En la refracción sin ciclopejía, presentaba +0,00 en AO y bajo ciclopejía +0,75 en AO. Ante la sospecha de PVNO, fue citada en una semana para realizar una nueva exploración con la PCCL, que evidenció una AV de 0,8 en AO.

Paciente 5. Niño de 8 años, derivado a la Unidad de Neurooftalmología por fotofobia intensa de 6 meses de evolución, que le dificultaba realizar las tareas escolares e incluso ver la televisión, utilizando continuamente gafas de sol tanto de día como de noche, e incluso dentro de la casa. El paciente había presentado un proceso oncológico hematológico el año anterior, que había sido tratado con quimioterapia con éxito, aunque se encontraba en revisiones periódicas. No presentaba ningún antecedente familiar de interés ni antecedentes de alergia. Presentaba una AV de 1,0 en AO, con una exploración oftalmológica normal incluyendo el polo anterior, la PIO, la motilidad ocular extrínseca e intrínseca y el FO. En la refracción sin ciclopejía, presentaba +0,50 en AO y bajo ciclopejía +1,00 en AO. El paciente no toleraba la exploración con linterna, ni con luz blanca ni luz azul. Ante la inconsistencia del síntoma, y una vez descartadas las causas de fotofobia, como uveítis, queratitis,



Figura 2 Diferentes linternas utilizadas en la exploración que emiten una luz azul similar pero una de ellas está diseñada con la forma de un delfín y emite sonidos con la luz simultáneamente.

migrañas o aniridia, se sospechó fotofobia de causa no orgánica. El paciente fue explorado con una linterna en forma de delfín que emitía música simultáneamente (fig. 2), permitiendo la exploración completa sin desencadenar la intensa fotofobia motivo de consulta. El paciente fue diagnosticado de PVNO con fotofobia como forma de presentación.

Discusión

Aunque no se debe dejar de considerar la coexistencia de enfermedad orgánica, la sospecha de PVF surge al objetivar sintomatología ocular, con frecuencia disminución bilateral de la visión, con una exploración básica rigurosamente normal. Esta exploración debe incluir: toma de agudeza visual, examen de los polos anterior y posterior, registro de la refracción con y sin cicloplejia, presión intraocular y estudio de la motilidad ocular extrínseca e intrínseca.

La gran mayoría de los pacientes con PVNO suelen presentar visión borrosa bilateral que puede acompañarse de otros síntomas, como cefaleas, miodesopsias, dificultad en el enfoque, diplopía, triplópia, amaurosis o fotofobia intensa. Menos frecuente es la presentación como disminución de la visión monocular (tabla 2). En general, la sintomatología suele ser bilateral, justificando así la dificultad en la asistencia al colegio y en la realización de las tareas escolares⁵⁻⁷. La presencia de alteración campimétrica evidente indica la presencia de afección orgánica, ya que los niños desconocen la posibilidad de este tipo de lesiones y, por tanto, no pueden

Tabla 2 Sintomatología más frecuente presentada por los pacientes con pérdida visual no orgánica

Sintomatología
Disminución de la visión bilateral
Dificultad en el enfoque
Diplopía, triplópia
Fotopsias y/o miodesopsias
Fotofobia
Disminución de la visión monocular
Amaurosis unilateral o bilateral
Alteraciones campimétricas

simularlas. Si se confirma la sospecha de alteración campimétrica, el paciente debe ser derivado a neurología para valoración y realización de pruebas de imagen ante la alta probabilidad de presencia de enfermedad orgánica^{1-3,8-10}.

La sospecha diagnóstica es fundamental al encontrarlos con una exploración discordante como presencia de sintomatología visual con una exploración normal. Existen numerosas pruebas diagnósticas¹¹⁻¹³, entre las que destacan la prueba del espejo y su variante de Barthelemy, prueba de Roth o de la escritura, optotipos especiales (Sellas, Terson y Thibaudet) o la prueba de Bonnet o Bravais. De gran utilidad, por su accesibilidad y facilidad, es la prueba de confusión con lentes y los test de visión binocular, ya que la presencia de una buena estereopsis es incompatible con un gran déficit de visión^{1,2,14}. Pueden ser necesarias varias sesiones para desenmascarar al simulador, principalmente aquellos de mayor edad, y actuar con paciencia. En los pacientes presentados en esta serie se ha utilizado la prueba de confusión con lentes en 4 de ellos con éxito.

A diferencia de la simulación en adultos, la PVF en niños tiene buen pronóstico. Una vez diagnosticado el proceso, suele ser suficiente con informar a los padres sin la presencia del paciente. En muchos casos, los niños simplemente quieren gafas llegando hasta el 40% de los casos de PVNO infantil^{1-3,13-15}. En la actualidad, consideramos fundamental una estrecha relación con atención primaria y psiquiatría infantil, ya que se ha detectado psicopatología asociada hasta en el 30% de los pacientes con PVNO, como hiperactividad, ansiedad, depresión o déficit de atención^{1,2,16-18}.

En cuanto a la actitud terapéutica, se ha producido una evolución evidente en los últimos años. Desde la intervención mediante la administración de placebos o inyecciones de suero fisiológico y azul de metileno hasta la abstinencia y solo información a los padres. En la actualidad, se recomienda la intervención de equipos multidisciplinares formados por atención primaria, pediatría, psiquiatría infantil y oftalmología debido al alto porcentaje de psicopatología asociada en la PVNO^{1,2,16-18}, por lo que deben ser derivados a estas especialidades todos los niños diagnosticados de PVNO en las consultas de oftalmología.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Muñoz-Hernández AM, Santos-Bueso E, Sáenz-Francis F, Méndez-Hernández CD, García-Feijoo J, Gegúndez-Fernández JA, et al. Nonorganic visual loss and associated psychopathology in children. *Eur J Ophthalmol*. 2012;22:269-73.
- Santos-Bueso E, García-Sánchez J. Simulación en oftalmología (II). *Arch Soc Esp Ophthalmol*. 2013;88:203-4.
- Muñoz-Hernández AM, García-Catalán R, Santos-Bueso E, López-Abad C, Gil-de-Bernabé JG, Díaz-Valle D, et al. Simulación en oftalmología. *Arch Soc Esp Ophthalmol*. 2011;86:320-6.
- Catalano R, Simon J. Functional visual loss in children. *Ophthalmology*. 1986;93:385-90.
- Mäntyjärvi MI. The ambiopic schoolgirl syndrome. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus*. 1981;18:30-3.

6. Scott JA, Egan RA. Prevalence of organic neuro-ophthalmologic disease in patients with functional visual loss. *Am J Ophthalmol.* 2003;135:670-5.
7. Lim SA, Siatkowski RM, Farris BK. Functional visual loss in adults and children patient characteristics, management, and outcomes. *Ophthalmology.* 2005;112:1821-8.
8. Spitzer C, Freyberger HJ, Kessler C. Hysteria, dissociation and conversion. A review of concepts, classification and diagnostic instruments. *Psychiatr Prax.* 1996;23:63-8.
9. Bose S, Kupersmith MJ. Neuro-ophthalmologic presentations of functional visual disorders. *Neurol Clin.* 1995;13:321-39.
10. Laria C, Pérez ME, Pérez E, Piñero DP, Ruiz-Moreno JM, Alió JL. Conversion visual loss: A differential diagnosis in infant amblyopia. *Eur J Ophthalmol.* 2009;19:1065-8.
11. Mojon DS, Flueckiger P. A new optotype chart for detection of nonorganic visual loss. *Ophthalmology.* 2002;109:810-5.
12. Zinkernagel SM, Mojon DS. Distance doubling visual acuity test: A reliable test for nonorganic visual loss. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol.* 2009;247:855-8.
13. Bengtzen R, Woodward M, Lynn MJ, Newman NJ, Bioussé V. The sunglasses sign predicts nonorganic visual loss in neuro-ophthalmologic practice. *Neurology.* 2008;70:218-21.
14. Levy NS, Glick EB. Stereoscopic perception and snellen visual acuity. *Am J Ophthalmol.* 1974;78:722-4.
15. Hirai T, Sato M, Kachi S, Takai Y, Tsuzuki K, Yoshida M, et al. Similar etiologies of functional visual loss observed in children and adults. *Binocul Vis Strabismus.* 2005;20:218-23.
16. Taich A, Crow S, Kosmorsky GS, Traboulsi EI. Prevalence of psychosocial disturbances in children with nonorganic visual loss. *J AAPOS.* 2004;8:457-61.
17. Bain KE, Beatty S, Lloyd C. Non-organic visual loss in children. *Eye.* 2000;14:770-2.
18. Toldo I, Pinello L, Suppiej A, Ermani M, Cermakova I, Zanin E, et al. Nongarnic (psychogenic) visual loss in children: A retrospective series. *J Neuroophthalmol.* 2010;30:26-30.