



Ceguera cortical post-traumática transitoria

Eduardo Yáñez¹.

Yenny Rosal

Nicolás Cárdenas Rivero

Carmen L. Domínguez

¹Departamento de Pediatría y Oftalmología Instituto Médico La Floresta

Correspondencia: Instituto de Medicina Tropical - Facultad de Medicina - Universidad Central de Venezuela.

Consignado el 31 de Diciembre del 2000 a la Revista Vitae Academia Biomédica Digital.

RESUMEN

La ceguera cortical es un síndrome caracterizado por pérdida visual transitoria posterior a trauma craneal menor, (generalmente occipital ó frontal) con respuesta pupilar y fondo de ojo normal. Los síntomas más comunes son la cefalea, confusión, irritabilidad, ansiedad, náuseas y vómitos. En todos los casos la visión retorna a la normalidad en un período de minutos a horas, sin secuelas neurológicas. El mecanismo responsable es desconocido, sin embargo, se ha postulado la teoría de una respuesta cerebral vascular anormal (vasoespasmo) tras lo cual ocurre hipoxia transitorial y disfunción cerebral mínima. Según definición clásica aceptada actualmente la ceguera cortical se origina por una lesión de cerebro visual cortical.

INTRODUCCIÓN

La ceguera cortical transitoria es un síndrome ó entidad clínica rara, que puede ocurrir en niños. La pérdida visual es consecutiva a paro cardiorespiratorio ó cardíaco, traumatismo craneal ó meningitis, y termina siempre por regresar hasta niveles útiles en el espacio de una a diez semanas. Durante los períodos de ceguera se registra ausencia ó gran disminución de las respuestas visuales evocadas lo que no fue compatible con la recuperación final de una visión normal ó casi normal (1).

Otros autores refieren que la ceguera cortical transitoria es una complicación rara del traumatismo craneal menor en niños. Esta entidad es similar en los 40 casos que se han descrito por esta causa desde 1964, presentando rápida y benigna resolución. El mecanismo como se produce y la fisiopatología no están claros, sin embargo, se sugiere vasoespasmo cerebral. Las madres de los pacientes estudiados referían como antecedente migraña (2).

Según Kenneth W. Wright, refiere otros antecedentes en los pacientes que presentaron este cuadro clínico, como son: hidrocefalia, asfixia perinatal, cirugía cardiaca, sin dejar de incluir traumatismo craneoencefálico directo.

Gran parte de la bibliografía consultada coincide que las características generales del síndrome en estudio, comprende: pérdida visual transitoria, respuesta pupilar normal y fondoscopia normal.

Se presenta un caso de ceguera cortical transitoria post-traumática con el objetivo de alertar a los especialistas que trabajan en el área de Emergencia donde se atienden niños, para que puedan manejar apropiadamente esta entidad.

REPORTE DEL CASO

Se trata de escolar femenina 6 años y 4 meses de edad que sufre traumatismo craneal occipital ocasionado al recibir impacto de un televisor de pantalla 21 pulgadas que calló desde aproximadamente 80 cms. por encima de la paciente. No hay pérdida de conciencia pero presenta pérdida inmediata de la visión en ambos ojos y cefalea de fuerte intensidad. No refieren otros signos ó síntomas. Es llevada inmediatamente a la Emergencia de un Hospital.

A su ingreso luce en buenas condiciones generales, hidratada, eupnéica, consciente, activa, refiriendo que "no puede ver". Peso 29 Kg., F.C: 110x', F.R: 26, T.A: 110/70 mm Hg. Se observa pequeña escoriación en cuero cabelludo de región occipital con discreto aumento de volumen y dolor a la palpación local. Hay midriasis bilateral con poca respuesta a la luz. No se observa hemotímpano. El cuello es móvil, no doloroso al movimiento o a la palpación. El examen cardiopulmonar es normal. El abdomen es blando, no doloroso. Al examen neurológico :consciente, orientada, Glasgow 15/15, moviliza las 4 extremidades, fuerza muscular, tono y sensibilidad conservada.

Antecedentes: Sin problemas perinatales o neonatales. Varicela a los 4 años sin complicaciones. Roseola a los 4 años sin complicaciones. Abuela materna con Diabetes mellitus tipo II. Examen Funcional: no contributorio, asintomática previa al traumatismo.

La paciente ingresa con las impresiones diagnósticas de traumatismo craneoencefálico y amaurosis temporal. Se realiza evaluación oftalmológica, que reporta agudeza visual disminuida Ol: no sigue la luz, OD.: responde a la luz (directo y consensual), midriasis media a la luz. Fondoscopia normal. Se practica tomografía axial computarizada de cráneo donde no se observan que reporta sin lesiones óseas ni parenquimatosas aparentes.

Laboratorio: leucocitosis, trombocitosis, y anemia microcítica hipocrómica.

La paciente a las dos horas del traumatismo, recupera espontáneamente la visión, con tono

pupilar y agudeza visual adecuada. Permanece en observación 24 horas con evolución clínica sastifactoria.

DISCUSIÓN

La ceguera transitoria de origen cerebral, consecutiva a traumatismos craneales, es un síndrome bien reconocido que de acuerdo con Greenblatt, presenta 3 variables clínicas:

- en jóvenes hasta los 8 años de edad, con ceguera de corta duración (horas), acompañada de somnolencia, irritabilidad y vómitos, que tiene un excelente pronóstico de recuperación total.
- en adolescentes (infancia tardía y segunda edad), con ceguera de inicio diferido, de minutos a varias horas de duración, que tiene un excelente pronóstico en cuanto a la recuperación, y
- en adultos, asociada a traumatismos craneales graves, con ceguera presente al despertar, curso clínico prolongado con déficits neurológico y resultado visual final variable (1)

Este último grupo por asociarse a grandes traumatismos craneales cerrados, no debería ser considerado dentro de la situación clínica benigna de "ceguera cortical transitoria post-traumática"(1).

El síndrome descrito está caracterizado por perdida visual transitoria, reacción pupilar normal, fondoscopia normal, seguidos de un traumatismo craneal menor. En la mayoría de los casos, la visión retorna a la normalidad en pocos minutos u horas. Cefalea, confusión, irritabilidad, ansiedad, náuseas y vómitos son los síntomas comunes que con mayor frecuencia se han reportado(2).

La fisiopatología de este síndrome no está del todo clara, aunque la mayor parte de los casos ocurre a consecuencia de golpes en la región frontal u occipital y es producido por la compresión transitoria de las arterias cerebrales posteriores por parte del borde tentorial ó bien por conmoción occipital localizada, con edema cerebral (1).

Otros autores describen que existe una respuesta anormal vascular (vasoespasmo) al traumatismo, como resultado de la hipoxia transitoria y disfunción cerebral mínima (3) (4).

El diagnóstico de la entidad se basa en la clínica, el estudio oftalmológico y sobre todo la sospecha del mismo. La tomografía cerebral, por lo general se encuentra dentro de los límites normales. Si se realiza un electroencefalograma se puede encontrar un enlentecimiento de las ondas cerebrales en el área afectada (occipital y frontal). La ceguera por lo general se resuelve completamente en un máximo de tres horas. (2).

El tratamiento consiste en medidas generales, observación, hospitalización para evaluación oftalmológica y neurológica. De ser posible, tratar la causa subyacente (5).

BIBLIOGRAFÍA

1. **Joel S. Glaser M.D.** Diagnóstico Topográfico: vías ópticas retroquiasmaticas y funciones corticales superiores. Tratado de Neurooftalmología. Salvat Editores S.A. 1982. Págs. 160-1.
2. **Chalumeau P., Cantagrel S, Barthez- Carpentier M.A., Maheut-Lourmiere J., Santini J.J.** Post-traumatic transient cortical blindness. Arch. Fr. Pediatr. 1993 Dec.; 50 (10): 895-6.
3. **Kenneth W. Wright.** Pediatric Ophthalmology and Strabismus. Head, Departament of Pediatric. Ophthalmology and Strabismus. Division de Ophthalmology . p.p. 868-9.
4. **Rodriguez A., Solano J. A., Del Pozo D., Homar Paez J.** Post-traumatic transient cortical blindness. Int. Ophthalmol. 1993. Oct; 17 (5): 277-83.
5. **Cullon-Chang.** The Wills Eye Hospital Manual de Urgencias Oftalmológicas. Mc. Graw Hill Interamericana. Segunda Edicion. P.p 50-1 / 303-6.
6. **Sacher P, Kloti J.** Transient post-traumatic cerebral blindness. Schweiz Med. Wochenschr 1987. Apr. 25; 117 (17): 656-9.
7. **Serrano, Horacio.** Diccionario de terminos oftalmológicos. Ciba Visión A. Novartis Company. Primera Edición 1998.
8. **Vohanka s., Zouhar A.** Benign post-traumatic encephalopathy. Act. Nerv. Super (Praha) 1990 Sep.; 32 (3): 179-83
9. **Kaye E. M., Herskowitz J.** Transient post-traumatic cortical blindness: brief vs. prolonged syndromes in childhood. J. Child_Neurol. 1986 July; 1 (3): 206-10.
10. **Upson J.E. Maccario M.** Transient post-traumatic cortical blindness: case report. Mild med. 1984 Jan.; 149 (1): 31-2.
11. **Gleeson A. P., Beattie T.F.** Post-traumatic transient cortical blindness in children: a report of four cases and a review of the literature. J. Accid. Emerg. Med. 1994 Dec; 11 (4): 250-2.