

FRECUENCIA DE LAS LESIONES OCULARES POR TRAUMATISMOS

Por el doctor Francisco Infante B.

Como médico especialista del Instituto de Medicina Legal de Bogotá, he examinado a 72 individuos desde el punto de vista oftalmológico, con el fin de practicarles reconocimiento medico-legal de las lesiones causadas por traumatismos. Las entidades que he encontrado corresponden al cuadro siguiente:

Parálisis pupilar	9	12.8%
Catarata traumática	8	11.4%
Equimosis palpebral	8	11.4%
Hemorragia de la cámara anterior	5	7.1%
Hemorragias subconjuntivales	5	7.1%
Desprendimiento de la retina	5	7.1%
Ruptura de la esclerótica	4	5.7%
Hemorragias retinianas	4	5.7%
Iridodiálisis	4	5.7%
Heridas de los párpados	3	4.2%
Subluxación del cristalino	3	4.2%
Edema traumático de la retina	3	4.2%
Atrofia parcial de la papila	2	2.8%
Fracturas de la órbita	2	2.8%
Desgarradura de la retina macular	2	2.8%
Parálisis del m. o. c.	2	2.8%
Heridas perforantes de la córnea	2	2.8%
Leucomas	2	2.8%
Desgarraduras conjuntivales	2	2.8%
Erosiones de la córnea	2	2.8%
Luxación del cristalino	1	1.4%
Tic palpebral	1	1.4%

Atrofia papilar total	1	1.4%
Nubécula	1	1.4%
Herida perforante de la región ciliar	1	1.4%
Exoftalmía	1	1.4%
Ptosis palpebral	1	1.4%
Iridotomía	1	1.4%
Heridas del párpado superior	1	1.4%
Atrofia retiniana	1	1.4%
Degeneración macular	1	1.4%
Coloboma del párpado superior	1	1.4%
Ojo atrófico	1	1.4%
Parálisis del recto externo	1	1.4%
Herida perforante de la esclerótica	1	1.4%
Glucoma traumático	1	1.4%

Los pacientes de esta estadística corresponden a individuos que se encuentran haciendo reclamaciones judiciales por las lesiones sufridas, ya por un accidente de trabajo o de tráfico, ya por lesiones debidas a riña o por casos de accidente fortuito. Todos dan el antecedente traumático por heridas cortantes, contusas, contundentes, (golpes, caídas, garrotazos, peinillazos, puñetazos). Si analizamos el cuadro, vemos que el mayor número de casos y por consiguiente el mayor porcentaje corresponde a las siguientes entidades: parálisis pupilar, catarata traumática, equimosis palpebral hemorragias conjuntivales, desprendimiento de la retina, ruptura de la esclerótica, hemorragia de la cámara anterior, iridodiálisis, heridas palpebrales, subluxación del cristalino. En esta clase de pacientes, las lesiones son unilaterales exceptuando la equimosis palpebral que puede extenderse al lado no afectado por el traumatismo. El 90 por 100 de estos pacientes, corresponde a hombres y en éstos, las lesiones debidas a riñas y puñetazos, son más frecuentes en el ojo izquierdo.

Desde el punto de vista médico-legal hay que proceder con estos pacientes con un gran sigilo y experiencia profesional para no dejarse engañar ni suggestionar de las manifestaciones que hacen, los cuales, en estos casos, siempre están interesados en agravar su situación para justificar la reclamación que persiguen; este interés conduce a los casos de simulación, falsificación exageración y disimulación.

Para evitar todo error que podría consignarse en el concepto médico-legal y que iría en perjuicio del profesional y de las partes interesadas, hay que practicar un examen oftalmológico lo más

detallado y minucioso posible, valiéndose de todas las pruebas y aparatos que sean necesarios para esclarecer un concepto dudoso. Para tal efecto, dejamos constancia en la historia que nos relata el paciente los mayores detalles posibles, pues con ella y frente a las lesiones que encontramos podemos deducir la dirección, tamaño de la herida, profundidad y sitio de la misma, con relación al agente o fuerza que la produjo. Es decir, que de aquí podemos tener el juicio proporcional de causa a efecto.

A continuación sometemos al enfermo a un examen oftalmológico objetivo y subjetivo.

Un examen general de los ojos debe constar: primero, inspección con iluminación directa e indirecta; segundo, examen oftalmoscópico; tercero, examen de refracción; cuarto, examen del funcionamiento muscular; quinto, examen con la lámpara de hendidura.

Por el examen objetivo encontramos a la inspección, las alteraciones de la piel; equimosis, ptosis, erosiones, heridas de los párpados o de su vecindad. Por el alumbrado directo o lateral observaremos la forma y tamaño de la pupila; las reacciones pupilares (punto importante en el diagnóstico diferencial entre las verdaderas ceguerras y las simuladas); el estado del iris (iridonesis); las imágenes de Purkinge; la profundidad y contenido de la cámara anterior; los cuerpos extraños de la córnea y de la conjuntiva; las heridas de la córnea y de la conjuntiva; las heridas perforantes sobre la córnea y sobre la esclerótica y en general la dirección, el sitio, tamaño, forma y demás caracteres de la herida.

Por el examen oftalmoscópico directo e indirecto y con pupila dilatada observaremos la transparencia de los medios, las hemorragias del vítreo, las hemorragias de la retina, el edema traumático (de Berlin), los estigmas de antiguos procesos inflamatorios de la coroides y la retina, las desgarraduras y desprendimientos de la retina el estado de la papila, las alteraciones vasculares, etc.

La transiluminación es un auxiliar diagnóstico. Por este método podemos descubrir los cuerpos extraños y la naturaleza de las opacidades del vítreo y del cristalino.

El electroimán lo emplearemos cuando la clase y sitio de la herida, así como la anamnesis, concuerden en la posibilidad de cuerpos metálicos, intraoculares. Si tales cuerpos metálicos son de acción magnética, no sólo nos serviría el electroimán para esclarecer el diagnóstico, sino a la vez de tratamiento.

Cuando la anamnesis y el estado clínico del ojo nos inducen a

creer en la existencia de un cuerpo extraño intraocular, no debemos omitir, para llenarnos de razones, el examen radiográfico. Este, en caso de existir un cuerpo opaco a los rayos X, nos dirá si existe el cuerpo extraño, si es intra o extra ocular, además del dato aproximado de su situación.

Un examen objetivo de refracción debe de ser practicado. Con el retinoscopio se puede tener un valor aproximado de las lentes correctoras, descubriendo al mismo tiempo la presencia de las alteraciones anatómicas de la córnea, y el astigmatismo corneano. Con todos estos datos, el oculista reúne una serie de hechos para valorar y establecer las relaciones con los datos subjetivos.

Un examen de rutina y que en algunos casos es muy manifiesta su sintomatología, es el examen del funcionamiento muscular. La falta de equilibrio funcional de la musculatura ocular se manifiesta por extravismo y diplopía. En presencia de un extravismo sin diplopía, se concluye que no es un extravismo consecutivo a una parálisis, sino más bien que se trata de un extravismo funcional, el cual, no es de reciente aparición sino de vieja data. En el caso contrario, de extravismo y diplopía, se concluye que sea paralítico. Pero sucede que en ocasiones la desviación del ojo es tan débil o casi nula por lo cual sólo existe el dato subjetivo de la diplopía. En tales casos procedemos a objetivizar este dato con el cuadro para imágenes diplópicas, el cual con pruebas repetidas debe de dar una imagen sistematizada de su diplopía, de acuerdo con el músculo o músculos paralizados. Es necesario establecer cuál es el músculo paralizado. La dirección del extravismo nos dice a qué músculo corresponde la ausencia de acción muscular. Cuando el extravismo no se hace notorio, la prueba de las imágenes diplópicas da un cuadro sistematizado, para cada músculo. Es preciso establecer hasta donde sea posible, si el extravismo es debido a la ausencia de una acción muscular propiamente dicha, o si ésta es la consecuencia de una pérdida del influjo nervioso. Es decir, si hay una falla en la integridad muscular o una parálisis nerviosa. En este último caso puede tratarse de una parálisis parcial o total de m. o. c. del m. o. e., o del patético. El establecer si la diplopía y el extravismo se deben a una causa muscular o a una causa nerviosa, dilucida un concepto pronóstico a más de una conducta terapéutica.

El examen con la lámpara de hendidura da una valiosa información en todo ojo que ha sido herido y en especial en los casos de herida con perforación, en la cual se sospecha la presencia del agente

vulnerante. Con este aparato podremos apreciar los cuerpos extraños, la profundidad y extensión del proceso inflamatorio, su sitio y hasta el tiempo aproximado de su evolución.

En el examen subjetivo se requiere como requisito indispensable la exacta colaboración del examinado, la cual en los casos que nos ocupan, es muy difícil de obtener, ya que cada uno de estos individuos tiene el interés de agravar su incapacidad para justificar en mayor grado la reclamación que se propone. Es por esta razón por la que el perito especialista tiene que servirse de todas las pruebas con especial cuidado. Usar los distintos test para los casos en que la confrontación de los exámenes objetivos no corresponda con los subjetivos. De esta manera podremos descubrir los distintos tipos de simuladores. Si una o varias pruebas no son suficientes para aclarar nuestro criterio, repetirlas cuantas veces sean necesarias hasta llenarnos de razones.

El examen subjetivo se refiere al conocimiento de la agudeza visual, determinación de la refracción del ojo, del campo visual y del funcionamiento muscular.

La prueba de la agudeza visual se debe de practicar sin corrección y con corrección óptica. Está bien conocer la prueba de conjunto y la prueba individual en ambos casos. La determinación de la refracción aproximada como prueba objetiva, contribuye a la corrección óptica lo más exacta posible, la cual debe de ser expresada en agudeza visual, dato puramente subjetivo. La determinación de la agudeza visual es, en síntesis, el medio de que nos servimos para valorar la agudeza visual central y por consiguiente la capacidad o incapacidad del paciente.

Para valorar la extensión de las lesiones encontradas al examen de un fondo de ojo, así como para conocer la conducta del examinado, se hace indispensable conocer el campo visual.

En el conocimiento de la función muscular nos encontramos con pruebas objetivas y subjetivas y por consiguiente con el extravismo y la diplopía.

En los datos y pruebas subjetivas no hay que despreciar las observaciones visuales a que el paciente hace referencia. Así el paciente puede decir que ve las cosas que él conoce, quebradas, interrumpidas, desfiguradas (metamorfopsia), coloreadas (eritropsia), halos de distintos colores alrededor de un foco luminoso. Cada uno de estos datos son síntomas de distintas lesiones que hay que ir a confrontar y buscar. Tenemos que la metamorfopsia es síntoma de lesiones retinia-

nas y más frecuentemente de lesiones retinianas maculares. La eritropsia es síntoma de un desprendimiento de la retina y más frecuentemente de una hemorragia de la misma. Los halos coloreados alrededor de un foco luminoso, pueden estar indicando un glaucoma.

Con los datos obtenidos por los distintos métodos de examen, el especialista está en posesión de un número de hechos que debe valorar y justipreciar para llegar a una conclusión diagnóstica. Pero desde el punto de vista médico-legal, no basta el concepto diagnóstico de lesión, sin que es más importante dejar constancia del grado, consecuencias y alcance de las alteraciones funcionales. Habrá necesidad, pues, de valorar la alteración funcional diciendo el porcentaje de la visión perdida y el porcentaje de la visión que conserva en el momento de practicado el examen. La visión restante, definitiva, sólo se puede establecer después de varios reconocimientos y una vez que hubiere pasado el peligro de complicaciones o agravación posterior al primer reconocimiento. Al respecto, hay que tener en cuenta que en un primer examen puede no encontrarse ninguna lesión objetiva, pero que días más tarde, por la naturaleza misma del traumatismo sufrido, así como por las especiales o individuales circunstancias del estado general del paciente, sea motivo para que el traumatismo, si no es causa directa de una lesión ocular inmediata, obrando entonces a posteriori, podría actuar como causa directa o de acción desencadenante de un estado general. Esta circunstancia nos obliga en un primer dictamen a no ser absolutistas en nuestro concepto y dar el margen de espera conveniente para establecer lo que pudiéramos llamar las consecuencias post-traumáticas. En esta forma obraremos con la más estricta conducta en nuestro papel de colaboradores ante la justicia.

Un punto que merece aclaración es el que cada una de las entidades que aparecen en el cuadro, no corresponden a lesión única en cada individuo, sino que se encuentran asociadas a un cierto número de lesiones de aparición inmediata o por posteriores complicaciones. A manera de ejemplo cito el caso de un muchacho de 14 años de edad, quien recibió una pedrada en el ojo derecho. Examinado cinco días después del traumatismo presentaba las siguientes lesiones: erosión del párpado inferior con una ligera equimosis, hemorragia de la cámara anterior, desinserción del iris en el sector ínfero externo, pupila en forma de hendidura, edema retiniano de la mitad inferior, ausencia del campo visual superior, focos hemorrágicos diseminados sobre la superficie edematosa de la retina, exudados del vítreo y agu-

deza visual de dedos a un metro, pero solamente en una pequeña zona del campo visual. La agudeza visual central estaba reducida a cero, lo que significa que la retina de la región macular estaba gravemente interesada. Es natural pensar que de estas lesiones, unas sean efecto inmediato del traumatismo y que otras se produzcan como consecuencia de aquellas. Las primeras son las lesiones traumáticas propiamente dichas; las segundas, son siempre el resultado de una lesión inflamatoria de los tejidos mortificados por el traumatismo. En definitiva, la causa es una sola y las lesiones pueden ser múltiples.

Si al diagnóstico de lesión, así como el diagnóstico de alteración funcional se puede llegar con un criterio positivista, en lo referente al diagnóstico etiológico, es un dato en el cual, en muchos casos, nos encontramos impedidos para formularlo con la misma seguridad. Para tal diagnóstico, las lesiones encontradas no nos sirven de elementos de criterio para contestar la pregunta que al oftalmólogo se le formula en casos médico-legales. El diagnóstico de una retinitis, de una neuritis, de una atrofia papilar es cosa fácil, pero el diagnóstico etiológico acarrea aquí mayores dificultades. Los mismos estados los pueden producir una enfermedad general (tuberculosis, sífilis, diabetes, etc.) o focal (foco séptico sinusal, amigdaliano, dentario, etc.).

Otra pregunta que a menudo le pueden formular al oftalmólogo, es la influencia que puede tener un determinado traumatismo en un ojo anteriormente lesionado por un estado de enfermedad; o la influencia que pudo tener en un ojo, en el cual poco tiempo después de sufrido un traumatismo directo o indirecto, se desarrolla un estado de verdadera enfermedad, como una queratitis, una uveítis, una iritis. En tales casos y procediendo con una moral de justicia, mi concepto es el de que el diagnóstico etiológico se debe hacer por eliminación de causas. Si en el momento de un reconocimiento encontramos una atrofia de la papila sin ninguna otra lesión, pero que el individuo que la padece y al cual se le comprueba una serología positiva, la atribuye a un traumatismo reciente o antiguo, podemos concluir que tal lesión no es de origen traumático. En el mismo caso, si la atrofia evidentemente tuvo lugar después del traumatismo, por las circunstancias de su terreno, podría considerarse al traumatismo como causa desencadenante, pero no como causa eficiente. Si en el mismo ejemplo, consideramos que estaba evolucionando ya la atrofia de la papila debida a su especificidad, tenemos que concluir que la sífilis por sí sola, es causa suficiente para producirla en forma total y que por

consiguiente al traumatismo, se le puede considerar como causa adyuvante.

Un punto importante y quizá el más comprometedor en el dictamen médico-legal, es el pronóstico de las lesiones que presenta el paciente. Es aquí precisamente en donde se pone a prueba la pericia y sobre todo la prudencia del médico legista. Para tal efecto se ha convenido en clasificar las lesiones oculares en ligeras, medianas o graves. Las graves son siempre de mal pronóstico. Las demás, se las debe de calificar con el término de "pronóstico reservado", teniendo en cuenta la posibilidad de las complicaciones posteriores.

Francisco Infante B.