

CLERGEAU G, ZATO M, CASTIELLA JC, PECHEREAU A

VALOR SEMIOLÓGICO DEL SIGNO DE BIELSCHOWSKY

Si el diagnóstico de una parálisis vertical es a veces evidente desde el primer momento del examen de un traumatizado craneal reciente, no lo es a menudo lo mismo cuando el examen es tardío o que la parálisis es congénita. Se sabe entonces que, según las leyes de Hering y de Sherrington, la patología va a alcanzar progresivamente el conjunto de los sinergistas y antagonistas.

Durante largo tiempo las discusiones fueron para saber si una hipertropía podía en particular testimoniar una parálisis del oblicuo superior homolateral o bien de una parálisis primaria del recto superior contralateral. Un fin a esta querella pareció aportarse por la maniobra de Bielschowsky, que queda desde hace cuarenta años como elemento esencial a todo estudio ciclovertical.

Cada uno de ustedes conoce el fundamento fisiopatológico de este gesto que pone en acción la hiperacción del recto superior homolateral sinergista del oblicuo superior para la intorsión y antagonista para la elevación. Un tal mecanismo parece confirmado por los trazados electromiográficos realizados por SCOTT. Toda positividad del signo de Bielschowsky implicaría en principio un refuerzo preferencial de la paresia primaria, es decir, del oblicuo superior.

Pero desde una decena de años un cierto número de autores han emitido críticas vis a vis de esta hipótesis.

En un artículo de los Anales de la Sociedad Mejicana, OLVERA expone la ausencia

de fiabilidad del signo de Bielschowsky para diferenciar la parálisis primaria y secundaria. Además, la parálisis del oblicuo superior no se acompañaría de este signo más que en el 20 por 100 de los casos.

LEVINE expone su desacuerdo idéntico, pero presenta una opción nueva, sobre la interpretación del fenómeno. Para él, la elevación del globo estaría ligada esencialmente a la hiperacción del oblicuo inferior y busca sistemáticamente este signo de adducción. Esta hiperacción podría resultar también de una parálisis del oblicuo superior como del recto superior, por lo que no se obtiene ninguna indicación operatoria precisa.

Más interesantes todavía son los trabajos de BICAS en Brasil, pero hablaremos más particularmente de ellos al final de este trabajo.

Nosotros, por nuestra parte, nos hemos interesado en este problema desde hace algunos años, bajo la dirección del profesor QUÉRÉ, en la clínica universitaria de Nantes. Al igual que los autores precedentes, nos hemos podido dar cuenta del carácter equívoco de esta semiología: la exciclotorsión paralítica y su corolario, la hiperacción del recto superior, no nos han parecido implicadas de manera evidente en la elevación del globo:

— Primero, una hipertropía importante puede ya manifestarse antes de cualquier inclinación de la cabeza y esta última puede no acentuar la elevación de manera apreciable.

— Además, se notará el papel importante jugado por la compensación fusional, ya que se sabe que la elevación del globo está largamente facilitada por la utilización del cover-test.

Estas constataciones, sin estar en contradicción con la hipótesis de BIELSCHOWSKY, enseñan, sin embargo, cómo este gesto es difícilmente ininterpretable en la ausencia de bases fisiológicas irrefutables. Un hecho aparece en todo caso cierto: la posición derecho delante no favorece el análisis de una actividad muscular precisa.

La actividad de LEVINE puede entonces parecer justificada: es, en efecto, constatación corriente que las alteraciones verticales son generalmente máximas en la versión correspondiente a los músculos deficientes e hiperactivos. Pero el hecho de analizar este examen preferencialmente en adducción conduciría a un doble error:

— Primero, no se trata de un examen objetivo, ya que excluye el papel posible jugado por los rectos verticales en el desequilibrio.

— Después, la identidad: hipertropía en adducción = hiperacción del oblicuo inferior no nos ha parecido constante.

— Ciertas parálisis evidentes del oblicuo mayor sin hiperacción notable del oblicuo menor se acompañan de un signo de Bielschowsky positivo.

— Inversamente, ciertas hiperacciones predominantes del oblicuo menor no dan ningún signo de Bielschowsky.

A partir de estas notas nuestra actitud personal en un estudio ciclomotor se define en dos puntos:

1.º Después del examen clásico de la motilidad en las diferentes versiones con cada ojo fijador (la cabeza estando en rectitud), la cabeza estando en rectitud, nosotros efectuamos la maniobra de Bielschowsky tal como ha sido descrita por su autor, con, si es posible, un punto de fijación a 5 mm a fin de evitar un desplazamiento ininterpretable de los globos oculares. En esas condiciones, un signo de Bielschowsky positivo traduce para nosotros únicamente el origen paralítico proba-

ble de los desórdenes oculomotores y permite, por ejemplo, suponer una perturbación vertical paralítica en el origen de un estrabismo horizontal con perversiones sensoriales más o menos fijas.

2.º Por contra, en un segundo tiempo, el estudio de las versiones puede ser sensibilizado por la inclinación lateral de la cabeza. Entonces, para ser objetivo, el examen debe ser efectuado en fijación, en inclinación y en torsión, derecha e izquierda. Es solamente en tales condiciones que se podrán obtener argumentos clínicos de rectitud que hacen abstracción de teorías no demostradas. Nos damos cuenta, sí, que la hipertropía se acentúa tanto en adducción como abducción. Pero es igualmente muy importante el estudiar incluso la hipotropía del ojo contralateral.

Hasta el presente, nuestro esquema de examen es esencialmente cualitativo: nos parece, en efecto, difícil de efectuar medidas prismáticas verticales fiables cuando la inclinación de la cabeza, además de existir a veces desviaciones horizontales asociadas. Pero es en este punto preciso cuando hay que hablar de los trabajos de BICAS. Este autor rechaza la maniobra de Bielschowsky en tanto que elemento diagnóstico por las razones precedentemente evocadas. El busca también lo que llama «las posiciones diagnósticas», que tienen el interés de colocar los músculos en su campo de acción electivo y de estimular su actividad por la inclinación de la cabeza. Realizando esta inclinación a 45° nos damos cuenta de que estas versiones se efectúan sobre el meridiano horizontal, lo que facilita las medidas prismáticas.

Pero las ideas de BICAS se individualizan sobre todo por la interpretación de las desviaciones así evaluadas. El autor piensa, en efecto, que es preciso comparar los músculos que tengan una función fisiológica idéntica, es decir, un músculo recto con otro recto, un músculo oblicuo con otro oblicuo. No analiza las parejas musculares clásicas, por ejemplo, recto superior derecho y oblicuo menor izquierdo; más al contrario, las parejas situadas en las extremi-

dades de lo que llama las «diagonales diagnósticas». Este es el caso de la inclinación derecha del recto superior derecho y del recto inferior izquierdo, de una parte, y del oblicuo superior derecho y del oblicuo menor izquierdo, de otra parte. Y eso es la incoherencia entre la diagonal de los rectos y aquella de los oblicuos que permite determinar el campo muscular más perturbado.

En conclusión, la actitud actual de BICAS cambia algo nuestras ideas habituales de

la motilidad. Después de haber realizado sus pruebas, esta nueva actitud merece ser reflexionada. Parece en todo caso cierto que la maniobra de Bielschowsky no sabría constituir por sí sola un diagnóstico operatorio, porque no representa un examen suficientemente selectivo de la motilidad. Por el contrario, la estimulación de las versiones por la inclinación de la cabeza permite ya, sin contar con alguna medida prismática, un abordaje mucho más clínico de la patología vertical.