

**Elogio del oftalmoscopio y el dolor de cabeza...**  
**Dr. Rafael Muci-Mendoza. 2017-9-105-I-119**

**-I-**

¿Quién no ha disfrutado alguna vez de la "Rapsodia en Azul", "Un americano en París", o la ópera "*Porgy and Bess*"?. Productos del genio temperamental, obstinado y autoritario que fuera George Gershwin (1898-1937), uno de los músicos norteamericanos más celebrados. Desde 1923, años antes de su fatal enfermedad, fue hostigado por ataques ocasionales de náuseas y una indescriptible sensación que le ascendía desde la boca del estómago. Sin alivio, consulta a médicos, psiquiatras y psicoanalistas, pasando en vano por diversos regímenes y dietas. Le diagnosticaron colitis espástica, neurosis crónica y hasta una nueva condición creada para él: "estómago de compositor"... De espíritu extrovertido, a partir de 1936 comenzó a operarse en él un extraño cambio, hundiéndose en períodos de extrema melancolía: "¿Qué les parece? —dijo a algunos amigos cierta vez—, tengo 38 años, soy rico y famoso, pero profundamente infeliz...".

Exámenes iban y venían. Los doctores estaban confundidos: ¡Son sus nervios...!. En febrero de 1937, mientras ejecutaba al piano con la Orquesta Filarmónica de Los Ángeles su Concierto para Piano en Fa Mayor, sufrió un *mini ataque*: Se quedó lelo por 10 o 20 segundos, perdió varios compases, para luego continuar como si tal... Al confrontar la realidad, comentó que inmediatamente antes del momentáneo apagón, había percibido un inusual y repulsivo olor a goma quemada que nadie más olfateó: Una "crisis uncinada", la

llamamos los médicos, una forma de epilepsia originada en una circunvolución en forma de "gancho" o de caballito de mar del lóbulo temporal del cerebro, en que la persona percibe olores inexistentes, no identificables, repugnantes. Su psicoanalista, el doctor Ernest Simmel sugirió que sus síntomas no eran psicológicos... En junio de 1937, Gershwin dio evidencias de encontrarse seriamente enfermo: Se le veía apático e indiferente, sentía que el entorno se movía y comenzó a quejarse de cefaleas, más pronunciadas al despertar.

Gregory Zilboorg, su médico, que también lo era de la famosa *Greta Garbo*, no encontró nada anormal —¿le observaría el fondo del ojo?— El 20 de junio tuvo una terrible cefalea y se hizo evidente su *bradifrenia*o extremada lentitud de sus funciones intelectuales y afectivas. En una ocasión, quejándose del nauseabundo olor, se sentó en una acera y rodeando su cabeza con sus manos, esperó el paso del dolor. Se le hospitalizó sin lograr un diagnóstico —¿se le observaría el fondo ocular?—. El 9 de julio colapsó bruscamente, perdió la conciencia, lo posesionó el coma y se paralizó la mitad derecha de su cuerpo. *El examen del fondo ocular evidenció un papiledema de extremo desarrollo.*

Se intentó localizar al doctor *Walter Dandy*, connotado neurocirujano del *Hospital Johns Hopkins* de *Baltimore*: Vacacionaba en un yate privado. Un angustioso telegrama arribó a LaCasa Blanca. Un destructor de la marina fue despachado en su búsqueda. Ya en tierra, le esperaba un largo vuelo por aire con dos trasbordos. ¡No había tiempo! El doctor Howard Nafziger, Jefe de Neurocirugía del Hospital de la Universidad de California en San Francisco y reputado médico, temperaba en Lake Tahoe. Fue contactado. Voló a Los Ángeles. La condición del músico era crítica. Le practicó una ventriculografía, un grotesco e invasivo examen cerebral hoy sepultado por la moderna imagenología.

Un enorme tumor del lóbulo temporal izquierdo y la hipertensión intracraneal acompañante eran los villanos... Fue operado de inmediato. La neoplasia fue resecada parcialmente: Era un ente muy maligno, un *glioblastoma multiforme*, una hidra de cien cabezas, el tumor primario más frecuente y más maligno del cerebro, cuya supervivencia media no suele superar el año con los tratamientos actualmente disponibles... De quirófano partió al Mundo de los Justos, pues nunca recuperó conciencia. Falleció al siguiente día, 11 de julio de 1937. La radio echó a volar la infausta nueva, "Murió en Hollywood, a los 38 años, el hombre que tenía en su cabeza más notas musicales que las que podría escribir en cien años...".

Con frecuencia, el síntoma inicial de los tumores del lóbulo temporal, son ataques de la llamada epilepsia parcial psicomotora, que por no acompañarse de convulsiones, son malinterpretadas como un

síntoma psicológico, y las "crisis uncinadas" pueden, por mucho tiempo, ser su única evidencia.



¿Qué tal si los esporádicos ataques de náuseas con esa sensación indescriptible en la boca del estómago, eran no más que eso, crisis psicomotoras inducidas por el tumor temporal, aún de comportamiento aceptable...? A esa timidez inicial del tumor, siguió una demostración de su genio exacerbado, su crecimiento incontrolable y la hipertensión intracraneal.

iDios y sus enigmáticas formas de manifestarse...! La tomografía computarizada y la resonancia magnética cerebrales, posibilitan hoy día un diagnóstico precoz y oportuno de los tumores cerebrales. Paradójicamente, a menudo y a la ligera, se indican estas exploraciones a típicos jaquecosos que no las necesitan. Por falta de historia clínica y de un cerebro lúcido capaz de olfatear la atipicidad, no habrán de beneficiarse aquellos otros pacientes que como en Gershwin, la queja resuena distante de donde se origina...iUn sentido homenaje a un compositor devastado por la ira tumoral!

## -II-

Fue mi alumno muy destacado, una atmósfera de cariño y admiración mutua envolvía nuestra amistad. Quise que fuera internista como yo, pero en su camino se atravesó un profesor de biofísica que como viento de agua me lo quitó... Viajó a Londres para un posgrado que le dejó más preguntas que respuestas, regresando con un caudal de

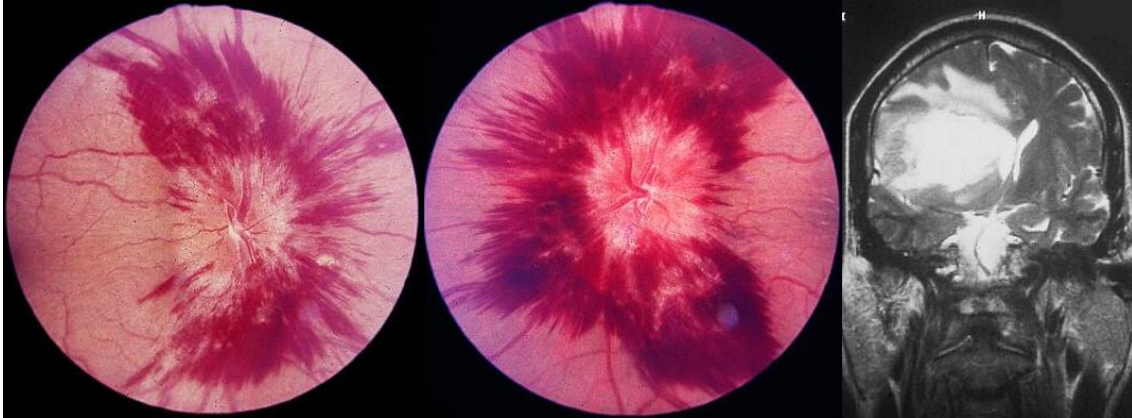
nuevos conocimientos y deseos de compartirlos. Se hizo de unos jóvenes como él e inició escuela con ellos. Afable, honesto, estricto, con una sonrisa siempre a flor de boca.

Confiaba mucho en mí y sus padres fueron mis pacientes, ¿Qué más confianza...? Su padre falleció bajo mi cuidado cursando la novena década de la vida de un hematoma intracerebral primario; había decidido no tomar más el tratamiento antihipertensivo porque le secaba la mucosa oral; su madre con 96 años, todavía me visita muy de peluquería, cabellera negra como el carbón y con una sonrisa hueca y sin contenido. Su saludo estereotipado al igual que sus ademanes; siempre los mismos, ya no son más de aquella que conocimos. Sus noches son fiesta para ella e insomnio para sus allegados: Alucinaciones complejas, atemorizantes le asaltan con furia pero cuando los pájaros inician su trinar y se asoman los arreboles por el este, es cuando decide dormirse dejando una legión de extenuados insomnes...

-“Ya tiene el doctor Muci demasiada carga con mis padres para salir yo a molestarle...”-, se dijo. Tenía casi seis semanas con un dolor inusual en su cabeza, tormentoso, progresivamente creciente y opresivo que cebándose durante las noches le hundía sus garras en la en la nuca envarada. Visitó a otros médicos, quienes no le tomaron mucho en serio: Algunas consultas de pasillo, otras desmerecieron la importancia de su síntoma; en total sumaban 5 facultativos, internistas y neurólogos: ¡Es migraña, toma unas vacaciones, es tensión muscular, es el estrés...! Si acaso le tomaban la tensión y le indicaban algún analgésico. Impertérrito, el dolor iba montando y montando en intensidad... ¡Nunca le habían observado del fondo del ojo...!

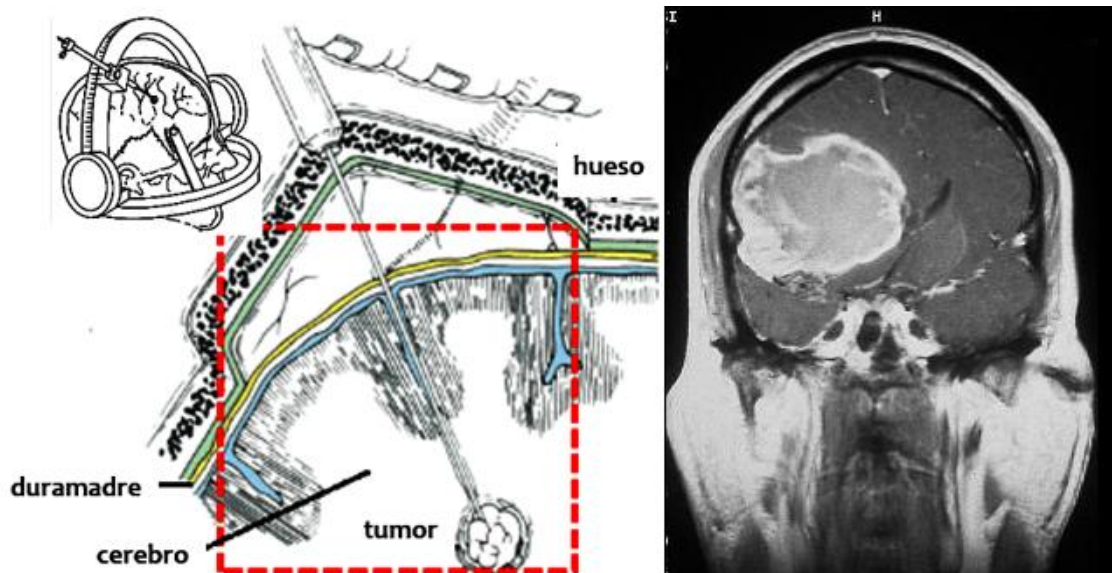
Me sorprendió al verle en mi consulta. Hizo de tripas corazón y sonrió cuando me vio pero apenas le salió una mueca dolorosa. Visiblemente enfermo se excusó de venir a quitarme mi tiempo... Como los perros entrenados para descubrir neoplasias de las mamas o de la próstata, olfateé algo serio... Lo examiné con cuidado y la inspección del fondo del ojo me trajo de vuelta un ominoso signo, “el signo de los signos semiológicos” lo llaman: un *papiledema hemorrágico* muy desarrollado, incontrovertible evidencia de una severa hipertensión intracraneal de rápida evolución. Su esposa, también médico, captó mi trago grueso que se lo dijo todo...





Papiledema hemorrágico bilateral y resonancia magnética cerebral

- “Tienes que realizarte una resonancia magnética cerebral y hay cupo para hacerla esta misma tarde...”, les dije; -Así haremos doctor...-, obtuve por respuesta. Le ofrecieron el informe para el día siguiente pero yo me adelanté para confirmar lo que sospechaba que tenía: Un enorme tumor cerebral en el hemisferio derecho que ocupaba buena parte del espacio de su cráneo desplazando las estructuras de la línea media hacia la izquierda. Bajo anestesia local, se colocó un casco sobre la cabeza fijándolo con cuatro pernos. Después, se realizó una tomografía computarizada del cerebro utilizando una especie de casco sobre el que se calcularían las coordenadas exactas de la lesión en los tres ejes del espacio (X, Y y Z), para luego, mediante un procedimiento estereotáxico tomar exactamente la biopsia..



Biopsia estereotáxica, aspecto histológico y resonancia magnética cerebral

El patólogo sentenció la peor pena tisular: *glioblastoma multiforme*, el mismo tumor de Gershwint, el tumor más temido. Se extrajo una parte y posteriormente se sometió a radioterapia y quimioterapia. A

los seis meses en plena juventud productiva, una mañana lluviosa y gris reunidos en onda cuita le acompañamos al campo santo...

### -III-

La tecnología es un tren que va en una sola dirección y a un solo destino: el progreso de la ciencia. Pero, ¡cuidado...! Va destruyendo la misma tecnología del día de ayer por otra nueva y en el furioso embeleso que en todos produce no cuidamos la protección de otros procedimientos más sencillos y productivos que nos han acompañado. Los doctores Augusto León Cechini (1920-2010) y Henrique Benaím Pinto (1922-1979), ambos celebrados internistas y jefes de cátedra en los Hospitales Vargas y Universitario de Caracas, trajeron el procedimiento de la oftalmoscopia directa de USA y contra viento y marea lo sembraron en el alma de sus estudiantes de clínica médica por allá por las décadas cincuenta y sesenta.

Yo recibí el maravilloso encargo de evitar que se extinguiera su uso y llevar el procedimiento a mis alumnos. Ayer, no más finalizamos el curso anual #48º, sencillamente porque creo en su utilidad práctica en el estudio y diagnóstico de la enfermedad sistémica y porque es parte insustituible del examen clínico a la cabecera del paciente. En USA ya no lo emplean pues ha sido sepultado por la avalancha tecnológica y un alumno mío en la Universidad de Harvard, el doctor Francisco Marty, M.D., llevó el procedimiento de vuelta a su lugar de origen y enseña a adjuntos y alumnos de pre y posgrado... ¿Quién lo hubiera imaginado...?

Toda esta introducción es para decir que en dos situaciones de la clínica diaria el oftalmoscopio se agiganta y se vuelve imprescindible por la ayuda que puede brindar:

1. Una de ellas es en el diagnóstico de la causa de un dolor de cabeza. Es imprescindible para identificar un papiledema, evidencia directa de que existe hipertensión intracraneal. Vendrán luego los estudios de neuroimagen para determinar si es o no debido a un tumor; ello, porque existen causas diferentes a las neoplasias.
2. La segunda indicación se presenta en las salas de emergencia. Muchos pacientes consultan por dolor de cabeza y en ellos se encuentran cifras de tensión arterial elevadas. El prejuicio es atribuir el dolor a la hipertensión. El médico suele reducir las cifras tensionales introduciendo una pastilla antihipertensiva bajo la lengua y esperar hasta que descienda. Entonces el paciente es enviado a casa. Más tarde consultará de nuevo el paciente bien por un sangrado intracraneal o un accidente vascular agudo. La hipertensión no suele producir dolor de cabeza; se presenta como fenómeno reactivo a una condición intracraneal del momento. ¿Cómo diferenciarlas? Para atribuir

el dolor a la hipertensión, deben estar presentes en el fondo ocular hemorragias, manchas algodonosas o edema del disco óptico.