

Simulación oftalmológica. A propósito de un caso clínico-judicial

Carrillo Arroyo I.¹, Carrillo Gijón S.²

Sanid. mil. 2012; 68 (2): 101-105; ISSN: 1887-8571

RESUMEN

Se realiza una breve síntesis del concepto simulación en Medicina, así como su presentación en la historia militar. Se describe el diagnóstico de simulación de disminución de agudeza visual, con diferencia la simulación oftalmológica más frecuente, ilustrada en el caso clínico, efectuándose su diagnóstico mediante pruebas de observación.

PALABRAS CLAVE: Simulación. Agudeza visual. Nistagmus optocinético. Potenciales visuales evocados. Lente intraocular.

Ophthalmological simulation. A clinical – judicial case

SUMMARY

The concept of simulation on clinical practice is briefly defined and some malingering cases in military-medicine history are reported. Non organic visual loss diagnosis is described, so this is the most frequent type of malingering, a case of ocular malingering is reported conducting its diagnosis by observational evidence.

KEY WORDS: Malingering. Visual acuity. Optokinetic nystagmus.. Visual evoked potentials. Intraocular lens.

INTRODUCCIÓN

La palabra simulación deriva del latín “simulatio” que significa acción de imitar lo que no se es. La simulación de enfermedad es definida por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2000)¹, como la producción intencionada de síntomas físicos o psicológicos falsos o desproporcionados, motivados por incentivos externos, como puede ser la obtención de una incapacidad laboral, cobrar un seguro de gastos médicos, evitar acciones legales en las que está involucrado, obtener drogas ilegales, evitar el cumplimiento del Servicio Militar obligatorio o la participación en acciones militares peligrosas, obtener compensaciones económicas, una vivienda etc..

Dentro del concepto global de simulación es conveniente distinguir:

1. Simulación de enfermedad propiamente dicha (afirmar que se tiene una enfermedad que no existe).
2. Sobresimulación (exagerar los síntomas y la discapacidad que realmente padece).
3. Imputaciones falsas (atribuir falsamente el origen de una enfermedad real a un acontecimiento determinado). En este apartado podríamos incluir al autolesionismo (producción voluntaria de daño corporal propio).

En términos generales también se habla de simulador puro, cuando se pretende aparentar de manera clara y consciente un padecimiento que no sufre en realidad y el simulador relativo que exagera, complica o adorna un trastorno que en realidad padece y que lo atribuye a una causa distinta de la real².

Es preciso diferenciar la simulación de las entidades clínicas:

- a) Trastornos de somatización.
- b) Trastorno facticio.

Se considera que los trastornos de somatización (antigua histeria) son la consecuencia de la puesta en marcha de mecanismos subconscientes, sin que exista por ello voluntariedad, ni premeditación. El cuadro suele ser desencadenado por un contratiempo en la vida habitual y se va a presentar en sujetos con personalidad infantil o inmadura. Coincide con la simulación en que su objetivo es la obtención de un beneficio personal y su diagnóstico a diferencia de la simulación suele ser fácil. (Tabla 1).

El trastorno facticio fue descrito en la década de 1970, en mujeres solteras, de edad inferior a 40 años, con múltiples conflictos interpersonales y que solían trabajar en instituciones sanitarias. Posteriormente se comprobó que también se daba en hombres, quienes elaboraban historias clínicas tan complejas, que incluso eran sometidos a intervenciones quirúrgicas, denominándose síndrome de Munchausen a las formas graves. A diferencia de la simulación, su finalidad no es el beneficio personal sino que se trata de una motivación psicológica, la necesidad de “ser un enfermo” para recibir cuidados médicos. Se habla de la forma clínica trastorno facticio por poderes (también llamado por delegación) cuando los que sufren las consecuencias del proceso patológico son niños, habitualmente menores de 5 años de edad, que presentan numerosos ingresos en hospitales, y quien en realidad padece la enfermedad son los padres, que no tienen cons-

¹ Médico Residente de Oftalmología. Hospital 12 de Octubre. Madrid. España.

² Col. Médico (Excedencia Voluntaria).

Dirección para correspondencia: S. Carrillo Gijón. Delegación de Defensa en La Coruña. C/ Santo Domingo 18. 15001 – La Coruña. scg_14352@hotmail.com

Recibido: 21 de marzo de 2011

Aceptado: 24 de enero de 2012

Tabla1. Características diferenciales de los tres procesos.

	Voluntariedad	Motivación
Simulación	Si	Incentivo externo
Trastornos de somatización	No (inconsciente)	Beneficio personal
Trastorno facticio	SI (escasa conciencia de su trastorno)	Psicológica (necesidad de ser un enfermo)

ciencia de su trastorno. Algunos de los malos tratos inferidos a menores se realizan por progenitores que padecen este trastorno.

Consideraciones histórico-militares de la simulación de enfermedad

Se dice que la simulación aparece en la historia, en el momento en que surge el primer servicio de armas. Es conocido el hecho de que en el ejército de Esparta (siglo V a.C.), al soldado simulador de enfermedad que era descubierto, se le condenaba a la pena capital. Esteban de Antonio³ hace un excelente recorrido histórico de la simulación en el ámbito militar.

Hipócrates en el siglo III a.C. en su *Tratado de los aires, las aguas y los lugares* escribe: *Allí donde los hombres no son dueños de su persona, no se preocupan de cómo han de ejercitarse en el manejo de las armas, sino de cómo serán inútiles para el Servicio Militar*. Los emperadores romanos Julio César (siglo I a.C.), Octavio Augusto (siglo I a.C.) y Constantino (siglo III) impusieron fuertes penas a los soldados simuladores, casi siempre ser quemados con un hierro candente, pero también se conoce el dato del emperador Octavio Augusto que ordenó vender como esclavo a un padre que había amputado los dos pulgares de las manos de su hijo, para que no pudiera servir en las legiones romanas.

En el siglo II Galeno en Roma, escribió el primer tratado sobre enfermedades simuladas a partir de sus observaciones en los esclavos de la época, donde era muy corriente su presentación. En las cruzadas, los soldados simuladores eran condenados a llevar en sus vestimentas una rueca y un huso, para vergüenza pública, por ser utensilios propios de mujer.

Se sabe que en los condenados a galeras, se daba el autolesionismo de manquedad, incapacitándose de ese modo para el remo, con objeto de evitar el cumplimiento de su condena.

En 1572 Juan Frago El toledano (médico de Felipe II) al final de su publicación *Cirugía Universal*, cuando se refiere a las heridas que no curan o que se retrasa su cicatrización escribe: *Otras veces acontece que algún herido, o por hacer mal al que le hirió, o por sacarle algún dinero pone demanda*. Esto es lo que sucede en el caso clínico que presentamos y que como hemos podido comprobar, fue ya descrito hace 5 siglos.

También en el siglo XVI, Cristóbal Pérez de Herrera, tras 12 años de convivencia con galeotes como médico de galeras, describe las mañas y fingimientos de enfermedad, de que se valían muchos para pedir limosna, conmoviendo así a las gentes, en un libro que titula *Discursos sobre el amparo de los legítimos pobres y reducción de los fingidos*.

En el siglo XVIII el médico valenciano Capdevila trata el tema de la simulación de enfermedad en su publicación *Mate-*

mática legal de dar a cada uno lo que es suyo y a fin de que no se dejen engañar los prácticos.

En las campañas napoleónicas, se pone de manifiesto que la simulación con su modalidad de autolesionismo, se constituye en una epidemia en las fases de ejército perdedor, este fenómeno se va a repetir posteriormente en todas las guerras, resultando epidemias totalmente incontrolables.

A finales del siglo XIX y principios del XX, cuando la Medicina Legal adquiere categoría propia, se comienza a describir la metodología diagnóstica para descubrir la simulación y se rechaza la tortura.

Durante la primera guerra mundial, apareció una epidemia de ceguera nocturna en el ejército francés, lo que determinó la aparición de numerosas publicaciones sobre la detección de la posible simulación de dicha entidad.

Durante la guerra civil española se publican algunos tratados sobre el tema⁴ y se refieren algunos hechos anecdóticos como los referidos por un teniente médico del ejército republicano, en el Frente de Teruel, los soldados efectuaban el autolesionismo de dispararse en el pie, apoyando la boca del fusil sobre un trozo de pan, que situaban encima del pie. De ese modo el tatuaje de pólvora de un disparo a quemarropa quedaba en el pan y la herida de bala que se provocaban, era una herida limpia, simulando que era secundaria a un disparo del enemigo.

Así mismo el citado teniente médico, refiere como tras el reparto de coñac y tabaco a los soldados del ejército republicano que iban a intervenir en una acción ofensiva inmediata, se producía una epidemia de queratoconjuntivitis incapacitante, al introducirse el tabaco picado en los fondos de saco conjuntivales. Las compañías resultaban así diezmas antes de intervenir en combate.

Después de la segunda guerra mundial, el intento de eludir el Servicio Militar obligatorio, originó el mayor número de publicaciones referentes al diagnóstico de simulación en Medicina. Pero es con la revolución industrial, al desarrollarse las medidas de protección social, cuando la simulación pasa al ámbito civil y se produce una verdadera explosión de esta entidad, pretendiendo siempre sacar el máximo provecho de cualquier accidente laboral, surgiendo así un auténtico problema socio-económico, pues según la ley mejora las indemnizaciones por accidente o enfermedad, el efecto colateral es que el número de simuladores se multiplica.

Simulación de disminución o pérdida de agudeza visual (AV)

La simulación en oftalmología se presenta con una incidencia que oscila entre el 1% y el 5% del total de las consultas de oftalmología en niños⁵, siendo la disminución de agudeza visual

la simulación de mayor frecuencia, ya que al ser la medición de AV una exploración clínica subjetiva, les resulta muy fácil a los simuladores realizar su fingimiento y muy difícil al oculista detectarlo y, sobre todo, ponerlo en evidencia. Se puede simular una pérdida uní o bilateral con un amplio espectro clínico desde pérdida leve hasta ceguera total.

La situación de ceguera es la más sencilla de diagnosticar, ya que es complejo mantener la incapacidad durante un tiempo prolongado, se ha descrito que la utilización de gafas de sol en interiores y durante la exploración oftalmológica por parte del sujeto explorado, tiene una especificidad del 99% para el diagnóstico de simulación, siempre que no exista una causa orgánica que lo justifique.

El diagnóstico de simulación de déficit de AV, implica demostrar que el sujeto estudiado posee una AV claramente superior, a la que ha respondido cuando se le ha situado frente a los test para su medición. Alcanzar este diagnóstico habitualmente exige mucho tiempo y no siempre se logra, para ello se efectúa una anamnesis y exploración como a cualquier paciente, si aparece una clara discrepancia entre la AV que dice poseer, respecto a los hallazgos objetivos de la exploración y se trata de un sujeto con motivos para simular (reclamación de indemnizaciones o eludir obligaciones oficiales), se pasa a realizar una batería de pruebas específicas de simulación, con una sistemática elaborada previamente, que debe ser llevada a efecto de forma metódica y lenta, son las pruebas de confusión ya sea variando distancias respecto a los test y anotando resultados, o bien mediante cristales en montura de prueba. Después se continúa la exploración, utilizando diferentes modelos de diploscopios con filtros y pruebas de estereopsis.

Los métodos objetivos de valoración de AV⁶ como es la inducción del nistagmus optocinético (NOC) por el tambor de Barany (Figura 1) y los potenciales visuales evocados (PVE)⁷ en damero, al obtener registros variando el tamaño de los cuadros (Figura 2) y estableciendo así una correlación entre AV y la mínima dimensión del cuadro que produce registro de actividad cortical, no son útiles para el diagnóstico de simulación de déficit de AV, pues la colaboración de fijación visual, que se precisa para obtener resultados, es impensable que la podamos obtener

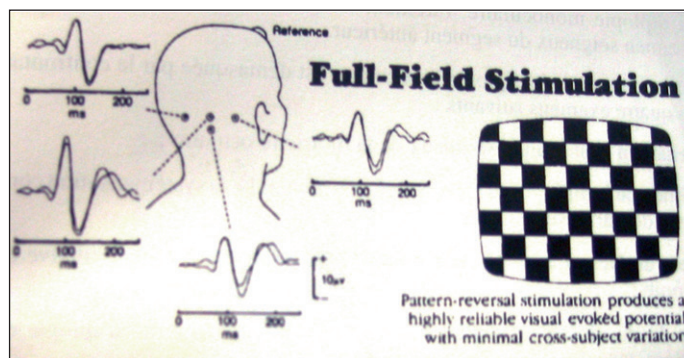


Figura 2. PVE en damero

de un simulador. Un PEV normal excluye patología de las vías ópticas, pero una respuesta anómala no implica necesariamente patología al ser una prueba muy fácil de falsear. Si pueden contribuir a minar su moral y que puedan cometer un error al repetirle las pruebas de confusión y diploscopios.

Por último, sí se puede efectuar el citado diagnóstico mediante lo que se conoce como “Pruebas de observación”, se derivan del hecho de que el simulador, efectúa su fingimiento cuando se siente observado, o está ante el explorador, pero en su vida habitual, va a realizar actividades que son incompatibles, con el déficit funcional que ha asegurado padecer en su examen. Así, por ejemplo, en la época del Servicio Militar obligatorio, el “mozo” (joven llamado a filas) que en su exploración por la mañana, había asegurado que con su ojo ambliope solo percibía la luz, ningún bulto, ninguna imagen y en la batería de pruebas de simulación no cometía ningún error, se le ingresaba en el Hospital Militar y se efectuaba la oclusión de su ojo director. Por las tardes al no sentirse observado, las enfermeras podían constatar como realizaba sus actividades habituales (deambular, leer, ver tv) sin ninguna dificultad con su ojo sano tapado. Por ello la notoria incongruencia entre la pérdida subjetiva que describen y la conducta observable permite afirmar la realidad de la simulación.

CASO CLÍNICO-JUDICIAL

En la fecha 16/XII/1988, el joven P.P.G. de 20 años de edad sufrió un blast ocular bilateral, por la explosión de un barreno, al estar trabajando en una cantera, presentando una hemorragia vítrea en su ojo derecho (OD) con desprendimiento de retina, por lo que fue operado una semana más tarde mediante la técnica de vitrectomía, realizándole al mismo tiempo una lensectomía (extracción del cristalino). En su ojo izquierdo (OI) la afectación corneal fue muy importante con gran repercusión en la función visual.

En 1989, cuando las secuelas funcionales se consideraron estabilizadas e irreversibles, la Seguridad Social le concedió una incapacidad permanente en grado absoluto por poseer una agudeza visual previa corrección de 0,01 en su OD y percepción de movimientos de la mano a 0,5 m. en su OI.

En el año 1995 le implantaron una lente de cámara anterior en su OD, para corregir su afaquia (ausencia de cristalino). En su OI le realizaron sucesivas queratoplastias en 1989, 1998 y

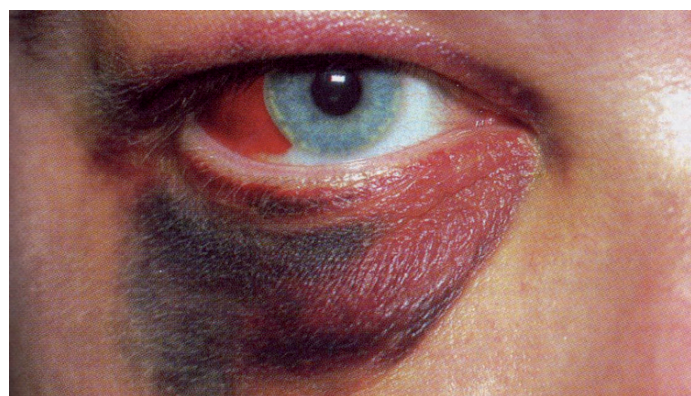


Figura 1. Tambor de Barany

1999, esta última asociada a vitrectomía anterior y extracción del cristalino, todas ellas con evolución desfavorable. Dos años después en 2001 desarrolló una hipertensión ocular intratable en dicho OI, que obligó a la implantación de una válvula de Ahmed. A los 10 meses de esta última intervención quirúrgica, acudió de urgencias al hospital presentando un estallido de globo ocular izquierdo, realizándole una evisceración del mismo. El origen del estallido de globo ocular referido, fue un traumatismo con el palo de una escoba, con el que su ex-mujer se defendió, cuando estaba siendo agredida por P.P.G., pues el protagonista de esta complicada historia clínica padece además etilismo crónico y se vuelve agresivo cuando bebe. Tres meses después de esta última incidencia, el día 21/IV/2002 fue llevado de nuevo de urgencias al hospital por presentar un hipema (hemorragia en cámara anterior) en su único OD, permaneció ingresado 20 días en los que se descartó la existencia de otro daño ocular asociado y se reabsorbió la hemorragia en cámara anterior con tratamiento médico sin ninguna complicación, siendo dado de alta en la fecha 10/V/2002

El hipema de origen traumático de su OD, se había producido en el cuartel de la Guardia Civil (G.C.) de su localidad de residencia a donde había sido llevado en estado de embriaguez porque quería presentar una denuncia contra su ex suegro.

En los informes solicitados por el Juzgado al hospital y al médico forense se describe que como consecuencia del hipema se había producido un deterioro en la capacidad visual de P.P.G. y menoscabo de integridad corporal subsiguiente pues la AV del OD en el año 2000 era de 0,2 y al ser dado de alta el día 10/V/2002 se había reducido a 0,04.



Figuras 3 y 4. Herida y equimosis palpebrales

Basándose en estos dos informes, la abogada de P.P.G. planteó juicio por Art. 780 de la Ley de enjuiciamiento criminal contra un Sargento de la G.C. refiriendo que la contusión del OD causante del hipema, se había producido por un culatazo de pistola efectuado por el citado Sargento el día (21/IV/2002) en el interior del cuartel de la G.C. y solicitó:

- a) 20 años de prisión para el Sargento de la G.C. por delito de lesiones (Art. 147 y 149) y torturas (Art. 174) del código penal.
- b) 321.000 Euros de indemnización.

La admisión a trámite de la solicitud de juicio planteada, implicó de forma automática:

- a) Presentación de un aval de 321.000 euros por parte de la G.C. ante el Juzgado.
- b) Suspensión de empleo para el Sargento.

Según la actual Ley de la G.C. si prosperase la acusación, el Sargento de 57 años de edad, sería expulsado del Cuerpo, lo que conlleva que no tendría derecho a pensión de jubilación. Ante la situación de suspensión de empleo, las perspectivas de ingresar en prisión, su posible expulsión de la G.C. y subsiguiente ausencia de pensión de jubilación, hizo un cuadro depresivo, efectuando un intento de autolisis, mediante ahorcamiento en un patio del cuartel, que afortunadamente fue abortado por un compañero, al descubrirlo fortuitamente en los últimos momentos.

Versiones de los hechos

Según P.P.G. en el cuartel de la G.C. el Sargento le había amenazado con su pistola y le había golpeado con la culata en el rostro derribándole al suelo y originándole la gran pérdida visual. El Sargento sostenía que P.P.G. en estado de embriaguez, se dirigió hacia él con actitud e intención de agredirle y para defenderse le puso la mano izquierda en el rostro empujándole hacia atrás, cayendo al suelo por su intoxicación etílica.

Indicadores de sospecha de imputación falsa en la causa del hipema

Cervantes escribió: *Jamás la falsedad vino cubierta tanto con la verdad, que no mostrase algún pequeño indicio, alguna puerta por donde su maldad se atestiguase.*

Como el tamaño de la culata de una pistola es mayor que el reborde orbitario, si se golpea con ella en la cara de una persona y con una violencia suficiente como para derribar a un adulto en bipedestación, además de afectarse el globo ocular, como ocurrió en este caso, tienen que producirse signos traumáticos a nivel palpebral, ya sea una herida en párpado superior (secuela frecuente por la contusión de un objeto romo sobre reborde orbitario superior) o bien un edema o equimosis palpebral (Fig. 3 y 4). En el procedimiento figuran tres informes médicos diferentes de los exámenes efectuados a P.P.G. inmediatamente después de la supuesta agresión:

Simulación oftalmológica. A propósito de un caso clínico-judicial

- 1) Del Centro de Salud, al que llevaron inicialmente a P.P.G. desde el cuartel.
- 2) Médico de urgencias, que le estudió al llegar al hospital.
- 3) Oftalmólogo del hospital, que realizó la valoración de urgencias.

En los tres informes se describe como única lesión la hemorragia intraocular, sin hacer referencia alguna a signos traumáticos a nivel palpebral.

Por el contrario, resulta evidente que el simple apoyo de un dedo transpalpebral puede producir la deformación de globo ocular suficiente para que una LIO de cámara anterior produzca la rotura de uno de los vasos del círculo mayor del iris y provoque el hipema de este caso como lesión *única*, sin ninguna huella traumática superficial.

Pruebas específicas de observación que permiten afirmar que la AV de 0,04 que refirió poseer el día del alta fue simulada para obtener una importante compensación económica.

Partiendo del hecho de que no es posible conducir un vehículo automóvil con una AV de 0,04 en ojo único, (la normativa actual exige para la obtención y renovación del permiso de conducir en casos de ojo único una AV de 0,8)

- 1) A los 15 días de ser dado de alta por su hipema, en la fecha (05/06/2002) cuando tendría que estar adaptándose para poder realizar las actividades básicas de su vida diaria, por haber descendido la AV de su ojo único de 0,2 a 0,04, conduce su vehículo automóvil 4 Km. para ir a casa de su ex-mujer, a la que agrede brutalmente, teniendo que ser hospitalizada y apareciendo la fotografía del rostro, con grandes hematomas, en los periódicos del día siguiente de la ciudad, como un caso más de violencia de género.
- 2) Al buscar en los archivos de la G.C. con los datos de P.P.G., aparece que renovó su permiso de conducir en el año 2005 y que en la fecha (09/04/2005) fue multado en un control de alcoholemia en carretera, por conducir con unos valores de alcohol en aire espirado, superiores a los permitidos.

La sentencia fue de absolución para el Sargento de la G.C. y se instruyeron diligencias contra P.P.G. por el posible delito de acusación y delito falso. Trascurrido el plazo de tiempo reglamentario no hubo presentación de recurso, por lo que la sentencia fue firme.

CONSIDERACIONES

En muchas ocasiones las demandas contra el Estado, son verdaderas estafas que intentan obtener grandes beneficios económicos, originando graves consecuencias para miembros

de las Fuerzas Armadas. en nuestro caso, la versión de unos hechos referidos por un alcoholístico, que cuando sucedieron se encontraba en estado de embriaguez, ha originado que un Sargento de la G.C. permaneciera suspendido de empleo por un tiempo superior a 2 años y realizara una tentativa de suicidio.

Afortunadamente la existencia de unas pruebas de observación, permitieron el diagnóstico de sobresimulación de pérdida de AV, que ya había efectuado con éxito en 1989, para obtener su pensión de incapacidad permanente en grado absoluto de modo fraudulento, pues se considera totalmente incompatible dicho grado de incapacidad por pérdida de visión y conducir asiduamente un vehículo automóvil, como ha venido realizando desde entonces.

CONCLUSIONES

1. Siempre pensar en simulación al realizar informes sobre valoración de secuelas de accidentes o minusvalías por enfermedad.
2. La AV obtenida tras la curación de un traumatismo ocular, tiene escasa fiabilidad, si no se corresponde con los hallazgos objetivos de la exploración.
3. Nunca transcribir valores de AV a documentos médico-legales si no son datos claramente contrastados.

EPÍGRAFE FINAL

Tras la publicación de la Sentencia Judicial, a nuestro Sargento se le propuso su pase a la situación de Reserva, pero el pidió que se le restituyera en su antiguo empleo de Comandante de Puesto del Cuartel de La Guardia Civil y es que en nuestra sociedad, muy alejados del mundo mediático, existen numerosas personas para las que mostrar su integridad profesional y seguir siendo útiles a los demás, constituyen objetivos prioritarios en sus vidas.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. (2000) Diagnostic criteria from DSM-IV-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association.
2. Thomson J.C., Kosmarsky G.S. – Fields of dreamers and dreamed-up fields. Functional and fake perimetry. *Ophthalmology* 1996; 103:117-125
3. Esteban de Antonio M. La Simulación en Ergoftalmología. Monografías Chibret N°4 1985. 331p
4. Vallejo Nájera A. La simulación de enfermedad. Editorial Nacional 1939; 142 p.
5. Muñoz Hernández AM., García Catalán R., Santos Bueso E., Lopez Abad C., Gil Bernabé. JG., Díaz Valle D., Benitez del Castillo JM., García Sánchez J. Simulación en oftalmología. *Arch Soc Esp Oftalmol*. 2011; 86 (10): 320-326.
6. Ledoux-Skivee Ch., Ledoux A. Simulation et dissimulation en ophtalmologie. *Bull. Soc. Belge Ophtalmol*. 2004; 291:29-36.
7. Spalton DJ, Hitchings RA, Hunter PA. Atlas de Oftamología Clínica. 3ª Edición. Elsevier España, 2006; 2:33-34.