

# hemianopsia bitemporal – binasal hemianopia

Authored by  
**memjavad**

November 7, 2025

## RECOMMENDED CITATION

memjavad (2025). *hemianopsia bitemporal – binasal hemianopia*. Spanish Psychological Databases. Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=3240>

## Hemianopsia Binasal

**Primary Disciplinary Field(s):** Oftalmología, Neurología

### 1. Definición Central

La hemianopsia binasal es un defecto campimétrico poco común caracterizado por la pérdida de la visión en los campos visuales nasales (internos) de ambos ojos. Este patrón de pérdida visual significa que la porción temporal (externa) de la retina de cada ojo, que percibe el campo nasal, está dañada. Es crucial entender que, a diferencia de la hemianopsia bitemporal --que es la presentación clásica de las lesiones quiasmáticas--, la hemianopsia binasal implica una ceguera en la mitad externa del campo visual de cada ojo, resultando en una visión restringida al centro o a las porciones temporales de los campos visuales. Esta condición es notoriamente infrecuente en la práctica clínica y su identificación requiere una comprensión profunda de la neuroanatomía visual.

Desde una perspectiva clínica, los pacientes con hemianopsia binasal a menudo experimentan dificultades significativas en la percepción de objetos que se acercan desde los lados o que cruzan la línea media de su campo visual. Aunque el término "hemianopsia" implica la pérdida de la mitad del campo visual, la designación "binasal" especifica que esta pérdida ocurre en los cuadrantes nasales de ambos ojos. La rareza de esta presentación se debe a las complejas y bilaterales lesiones que se requieren para dañar selectivamente las fibras nerviosas temporales no cruzadas del quiasma óptico, o bien, a daños simultáneos y altamente específicos en los tractos ópticos o las estructuras adyacentes al quiasma.

La correcta identificación de la hemianopsia binasal mediante pruebas de campo visual, como la perimetría, es fundamental, ya que su presencia es casi siempre indicativa de una patología compresiva o isquémica que afecta bilateralmente las caras laterales del quiasma óptico o los nervios ópticos justo antes de su entrada al quiasma. El patrón de pérdida visual es típicamente simétrico, aunque puede presentarse de forma incompleta o incongruente dependiendo de la extensión y la naturaleza de la lesión subyacente. La etiología es, por lo tanto, la clave para el manejo y el pronóstico de esta condición.

### 2. Anatomía de la Vía Óptica y Fisiopatología

Para comprender la fisiopatología de la hemianopsia binasal, es imprescindible revisar la arquitectura de la vía óptica. La retina está dividida funcionalmente en porciones nasal y temporal. Las fibras nerviosas que se originan en la retina nasal (las que detectan la visión temporal) viajan por el nervio óptico y se cruzan en el quiasma óptico, pasando al tracto óptico contralateral. Por el contrario, las fibras que se originan en la retina temporal (las que detectan la visión nasal) viajan por el nervio óptico y NO se cruzan en el quiasma, permaneciendo ipsilaterales y entrando al

tracto óptico del mismo lado. Una lesión en el quiasma óptico que afecte las fibras cruzadas provoca la común hemianopsia bitemporal (pérdida de campos temporales).

La hemianopsia binasal, sin embargo, requiere el daño específico de las fibras no cruzadas, es decir, aquellas que provienen de las porciones temporales de la retina. Estas fibras se ubican en las caras laterales del quiasma óptico. Por lo tanto, la hemianopsia binasal resulta de dos lesiones separadas y bilaterales que comprimen simultáneamente las porciones laterales del quiasma óptico o los aspectos mediales de ambos nervios ópticos justo antes de la decusación. Este patrón de daño es anatómicamente complejo y explica su baja prevalencia en comparación con otros defectos campimétricos.

Las estructuras que pueden ejercer presión lateral sobre el quiasma incluyen, pero no se limitan a, estructuras vasculares o masas que se extienden lateralmente en la fosa media. La compresión bilateral debe ser precisa para evitar dañar las fibras cruzadas centrales. Si la presión es demasiado anterior, afectaría predominantemente a los nervios ópticos individualmente, y si es posterior, podría afectar los tractos ópticos, lo cual resultaría en una hemianopsia homónima. La localización de la lesión, por lo tanto, es altamente precisa: se requiere una patología que abarque lateralmente el quiasma, afectando las fibras temporales no cruzadas de ambos lados.

### 3. Etiología y Causas Comunes

Dada la exigencia anatómica de la doble lesión lateral, las causas de la hemianopsia binasal son específicas y, a menudo, relacionadas con procesos expansivos o compresivos dentro del cráneo. Una de las causas más frecuentes y estudiadas es la [hidrocefalia](#) severa. El tercer ventrículo, cuando está significativamente dilatado debido a la acumulación de líquido cefalorraquídeo, puede expandirse hacia abajo y hacia adelante. Esta expansión puede empujar el quiasma óptico hacia abajo, provocando que las arterias carótidas internas, que flanquean lateralmente el quiasma, lo compriman contra el piso óseo del cráneo. Esta compresión bilateral es la que daña selectivamente las fibras no cruzadas laterales.

Otra etiología importante involucra la patología vascular. Las [aneurismas](#) de las arterias carótidas internas (ACI) supraclinoideas son una causa potencial. Un aneurisma de la ACI que se expande puede comprimir el aspecto lateral del quiasma óptico o el nervio óptico adyacente. Para producir una hemianopsia binasal, debe existir una patología aneurismática bilateral o una asimetría anatómica donde una única lesión vascular comprima de manera inusual el quiasma. Asimismo, la aterosclerosis severa que cause engrosamiento y tortuosidad de las arterias carótidas puede ejercer una presión crónica y bilateral sobre las porciones laterales del quiasma.

Menos comunes, pero posibles, son las causas inflamatorias o tumorales. La [aracnoiditis](#) quiasmática, un proceso inflamatorio que engrosa la aracnoides alrededor del quiasma, puede causar adherencias fibrosas y compresión de las fibras laterales. De igual manera, tumores de

crecimiento lento en la región (aunque menos probables que los tumores hipofisarios que causan bitemporal) que se originan lateralmente al quiasma, como meningiomas o raros gliomas, pueden producir este defecto campimétrico. La identificación de la causa es crítica, ya que muchas de ellas son tratables mediante intervención neuroquirúrgica.

#### 4. Manifestaciones Clínicas y Diagnóstico

Los síntomas que experimenta un paciente con hemianopsia binasal pueden ser sutiles al principio, ya que la visión central (mácula) suele estar preservada, permitiendo la lectura y la fijación. Sin embargo, los pacientes a menudo reportan dificultades en la movilidad y la orientación espacial. La pérdida de los campos visuales nasales significa que tienen problemas para percibir objetos o personas que se acercan desde los lados o que deben ser observados con un giro ocular lateral. Pueden chocar con objetos ubicados en su periferia temporal o tener dificultades al conducir, pues la visión periférica necesaria para la conciencia situacional está comprometida. A menudo describen una sensación de tener un "túnel" o una visión restringida.

El diagnóstico de la hemianopsia binasal se inicia con un examen oftalmológico completo, seguido por la evaluación de los campos visuales. La prueba de campo visual por confrontación, aunque útil para la detección inicial, debe ser confirmada por métodos más precisos. La **perimetría** formal (tanto la perimetría de Goldmann cinética como la perimetría automatizada estándar, como la de Humphrey) es el estándar de oro para mapear el defecto campimétrico. El patrón característico de la hemianopsia binasal en el mapa perimétrico muestra una escotoma o una pérdida total de sensibilidad que respeta la línea media vertical y afecta los cuadrantes nasales de ambos ojos.

Una vez que el defecto campimétrico es confirmado, el siguiente paso diagnóstico crucial es la neuroimagen, típicamente la **Resonancia Magnética (RM)** cerebral con énfasis en la región selar y supraselar. La RM es esencial para visualizar el quiasma óptico y las estructuras adyacentes, permitiendo identificar la causa subyacente, ya sea dilatación ventricular, aneurismas, tumores o procesos inflamatorios. La alta resolución de la RM permite a los neurólogos y neurocirujanos determinar la ubicación precisa de la compresión que está causando el daño a las fibras laterales del quiasma.

#### 5. Diagnóstico Diferencial

El diagnóstico diferencial de la hemianopsia binasal es relativamente corto debido a su patrón altamente específico, pero es vital distinguirlo de otras condiciones que pueden simular pérdidas campimétricas. La distinción más importante es con la **hemianopsia bitemporal**. Mientras que la binasal resulta de la afectación lateral del quiasma y respeta las fibras cruzadas, la bitemporal, mucho más común, resulta de la afectación central del quiasma (típicamente por adenomas hipofisarios) y daña las fibras cruzadas, perdiendo los campos temporales.

También es necesario diferenciarla de las pseudopérdidas binasales. Una condición que puede simular una hemianopsia binasal es el glaucoma avanzado bilateral. El glaucoma causa típicamente defectos arqueados que, en etapas terminales y severas, pueden coalescer para producir una apariencia de pérdida de campo nasal. Sin embargo, la perimetría cuidadosa y la evaluación de la cabeza del nervio óptico (excavación papilar) generalmente permiten la distinción. Además, condiciones como el ptosis bilateral severo o pliegues palpebrales redundantes pueden oscurecer físicamente la visión periférica nasal, pero esto se resuelve con la elevación manual de los párpados.

Finalmente, debe distinguirse de la hemianopsia homónima, la cual implica la pérdida de la misma mitad del campo visual (derecha o izquierda) en ambos ojos, y es causada por lesiones POST-quiasmáticas (tracto óptico, radiaciones ópticas, o corteza visual). La clave diagnóstica reside en la línea media: la hemianopsia binasal respeta el centro y afecta las mitades nasales de cada ojo de forma independiente, mientras que la homónima respeta la línea media y afecta los campos opuestos al sitio de la lesión cortical.

## 6. Tratamiento y Pronóstico

El tratamiento de la hemianopsia binasal es intrínsecamente etiológico, es decir, se centra en abordar la causa subyacente de la compresión quiasmática. Si la causa es una hidrocefalia comunicante o no comunicante, la inserción de una [derivación ventriculoperitoneal](#) puede aliviar la presión sobre el tercer ventrículo, reduciendo la compresión sobre el quiasma y potencialmente permitiendo la recuperación parcial o total de la función visual, dependiendo del grado y duración del daño fibrilar.

En el caso de aneurismas de la arteria carótida interna, el tratamiento puede requerir intervención neuroquirúrgica (clipaje) o neurorradiológica (embolización) para eliminar la masa compresiva. Los tumores o meningiomas laterales al quiasma requieren resección quirúrgica. El pronóstico visual depende críticamente de la cronicidad de la compresión. Si la lesión es aguda y se alivia rápidamente, la recuperación visual puede ser significativa. Si la compresión ha sido prolongada y ha causado atrofia óptica severa, el daño puede ser irreversible.

Para aquellos pacientes cuya pérdida visual persiste, el tratamiento se enfoca en la rehabilitación y la adaptación. Esto puede incluir el uso de prismas en las gafas para expandir el campo visual funcional hacia la zona de pérdida (aunque esto es más complejo en defectos binasales que en homónimos) o el entrenamiento de escaneo visual. La terapia visual ayuda al paciente a aprender a mover la cabeza y los ojos de manera más eficiente para compensar la pérdida de la visión periférica nasal, mejorando la seguridad y la calidad de vida.

## 7. Lecturas Adicionales

[Quiasma óptico](#)

[Defectos del campo visual](#)

[American Academy of Ophthalmology \(AAO\) - Hemianopia](#)

ARABPSYCHOLOGY.COM