

Cuerpo extraño intraorbitario. Reporte de un caso

Javier Zamarripa-Molina, Yvette Ordoñez-Mtanous, Ana María Vera, Guillermo Salcedo Casillas

RESUMEN

Todos los casos de trauma orbitario deben de ser abordados por el médico con un alto índice de sospecha de una lesión penetrante con posible cuerpo extraño intraorbitario, hasta que se logre demostrar que no existe. La inflamación orbitaria y las infecciones secundarias pueden ser causadas por muchos tipos de cuerpos extraños; el material es el principal parámetro para determinar la conducta terapéutica. En caso de ser de tipo orgánico, es necesario su retiro de la órbita ya que estos pueden ocasionar infecciones secundarias con formación de abscesos y fistulas.

Se presenta el caso de un paciente con un cuerpo extraño orgánico intraorbitario; así mismo se describe la forma en la cual se llegó al diagnóstico y la conducta terapéutica empleada. Se hace una revisión y discusión del manejo.

Palabras clave: Cuerpo extraño orbitario, inflamación orbitaria, infección orbitaria, cirugía orbitaria.

SUMMARY

Until proven otherwise, all cases of orbital trauma should be approached with suspicion for penetrating injury with possible intraorbital foreign body. Many types of foreign bodies may cause orbital inflammation and secondary infections, the material and its nature determines the treatment. Organic foreign bodies must be removed since they may cause secondary infections with formation of abscess and fistula.

This report presents the case of a patient with an organic intraorbital foreign body; its diagnosis and treatment. Details of management are discussed.

Key words: Orbital foreign body, orbital inflammation, orbital infection, orbital cellulitis.

INTRODUCCIÓN

La órbita puede alojar diversos tipos de cuerpos extraños como resultado de varias causas. Los principales incluyen cuerpos extraños de materia orgánica e inorgánica secundarios a lesiones penetrantes, implantes quirúrgicos y clavos de osteosíntesis o clips, por mencionar algunos. En el caso de las lesiones penetrantes, la determinación preoperatoria de la composición del material es muy importante. Objetos inertes como el vidrio pueden permanecer en la órbita a menos de que exista una indicación precisa para retirarlos. Sin embargo, los cuerpos extraños de tipo orgánico deben ser retirados ya que pueden provocar complicaciones muy serias (1, 2).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Acude paciente masculino de 7 años de edad con antecedente de trauma en cara una semana previa, tratado con prednisona vía oral sin tener mejoría. Al momento del ingreso el paciente tiene, en el ojo izquierdo, una capacidad visual de 2/10, defecto pupilar aferente, posición primaria de mirada en exotropía de 15 grados Hirshberg; restricción leve a la supraducción, edema palpebral con una costra hemática en sector nasal del párpado superior y hemorragia subconjuntival en el meridiano de las V.

El resto del segmento anterior y polo posterior son de características normales, así como toda la exploración del ojo derecho (fig. 1).

Se solicitan estudios para descartar la presencia de un

Asociación Para Evitar la Ceguera en México I.A.P. Servicio de Orbita y Oculoplástica. Vicente García Torres 46, San Lucas Coyoacán, 04030 México D.F.

Correspondencia: Dr.

Javier Zamarripa Molina. Medicina 5, Lomas Anáhuac. Huixquilucan, Estado de México, 52786, México. Tel: 52-91-1880, e-mail: drjavierzamarripa@yahoo.com



Fig. 1. Fotografía clínica de rostro en la cual se aprecia exotropía en posición primaria de la mirada, edema palpebral de predominio superior, costra hemática en región nasal superior de párpado y hemorragia subconjuntival en sector nasal.

cuerpo extraño intraorbitario (figs. 2, 3, 4).

Con base a los datos anteriores, se hace el diagnóstico de cuerpo extraño intraorbitario, el cual se decide retirar. Se realiza una incisión transconjuntival superior y medial, seguida de disección por planos hasta llegar a nivel orbitario donde se localiza el cuerpo extraño y se extrae, resultando ser un trozo de madera. Posteriormente se realiza una incisión palpebral para explorar que no queden restos y evitar una fistula cutánea. Finalmente se cierra por planos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El trauma ocular es causa frecuente de consulta oftalmológica. El médico debe tener un alto índice de sospecha para pensar en la posibilidad de un cuerpo extraño intraorbitario hasta que se logre descartar. La pérdida de la visión en conjunto con los cuerpos extraños intraorbitarios es usualmente resultado del trauma inicial. Todos los pacientes deben recibir antibiotico-terapia por el alto índice de infecciones orbitarias secundarias. Los estudios de imagen, principalmente la tomografía com-

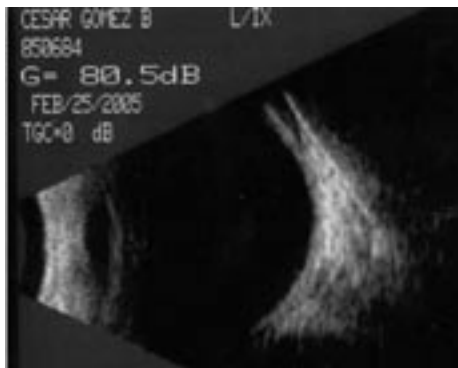


Fig. 2. Ecografía modo B donde se aprecia cuerpo extraño en cavidad orbitaria MX anterior, extraconal, cercano al músculo recto medial.

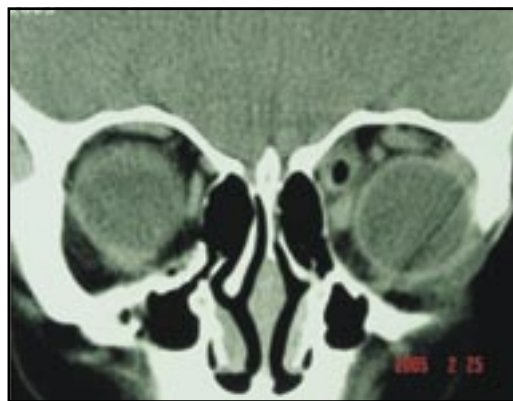


Fig. 3. Tomografía computada en corte coronal a nivel del ecuador donde se aprecia en la órbita izquierda, región supero medial, una imagen de densidad aire bien delimitada, rodeada por una zona de inflamación difusa que desplaza al globo ocular inferior y lateralmente.

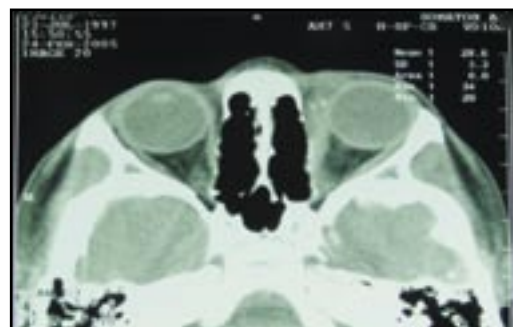


Fig. 4. Tomografía computada en corte axial a nivel del tercio superior de la órbita en la cual se observa en la región nasal una imagen mal definida, extraconal, isodensa con respecto al parénquima cerebral, que desplaza al globo ocular lateralmente.

putada, son un arma importante para el diagnóstico y ayuda para la toma de decisiones. El retiro quirúrgico está indicado en todos los cuerpos extraños de tipo orgánico. Aquellos que son inorgánicos se retiran en caso de estar provocando complicaciones o si están localizados anteriormente. Si están localizados en la región posterior, no se debe intentar una cirugía a menos que estén causando serias complicaciones orbitarias (1-4).

REFERENCIAS

1. Karcioğlu ZA. Diagnosis and management of orbital inflammation and infections secondary to foreign bodies: a clinical review. *Orbit* 1998; 17(4):247-269.
2. Michon J. Intraorbital Foreign Bodies. *Semin Ophthalmol* 1994; 9(3):193-199.
3. Fulcher TD. Clinical features and management of intraorbital foreign bodies. *Ophthalmology* 2002; 109(3):494-500.
4. Flynn S. Orbital Foreign Body. *Arch Ophthalmology* 2004; 122:296-297.