

SECCIÓN DE CASOS CLÍNICOS

Luxación traumática de globo ocular

Dr. José Fernando Pérez-Pérez, Dra. Ilka De Obaldía-Faruggia, Dra. Ma. Estela Arroyo-Yllanes,
Dr. José Antonio Unzueta-Medina

RESUMEN

La luxación del globo ocular es un cuadro infrecuente, en el cual se observa la presencia de espasmo del músculo orbicular condicionando un desplazamiento anterior del globo ocular, colocándose los párpados posteriormente, impidiendo el retorno del globo ocular a la posición fisiológica, además de producir limitación de la movilidad ocular, pudiendo causar lesiones irreversibles para la función visual. Presentamos el caso de un niño de 14 años quien sufrió un traumatismo contuso y luxación secundaria del globo ocular, el cual de manera rápida se abordó con tratamiento quirúrgico, por lo que la evolución del paciente fue satisfactoria.

Palabras clave: Luxación del globo ocular, tratamiento.

SUMMARY

Ocular globe luxation is an infrequent and rare condition provoked by the orbicular muscle spasm with a consequent outward displacement of the eye so the eyelids goes behind it preventing the normal position of the eye, it also impedes the ocular normal movements and may determine irreversible functional changes. We report a case of a 14 year old patient who had ocular globe luxation and experienced a blunt trauma and dislocation of the eye, however early surgical treatment relief symptoms and restores the visual function.

Key words: eyeball luxation, treatment.

INTRODUCCIÓN

La luxación del globo ocular ocurre cuando éste es desplazado anteriormente permitiendo que los párpados se deslicen posteriormente. Esta complicación no es benigna, puede tener secuelas serias como daño al nervio óptico por tracción del mismo y alteración del riego sanguíneo de la retina provocando congestión venosa.

Se han reportado múltiples causas, desde la luxación espontánea, sin un antecedente claro, a veces en relación con traumatismos faciales y orbitarios leves (1, 2), también se ha descrito que puede suceder al realizar la maniobra de abrir los párpados para la toma de presión intraocular y para la exoftalmometría (3).

La luxación también puede ser secundaria, obedeciendo a múltiples causas como enfermedad de Graves, neoplasias de la órbita y craneosinostosis, como en el síndrome de Cruzón (3).

Las personas de raza negra tienen predisposición por presentar órbitas poco profundas y flacidez en los ligamentos y/o músculos (2). Se ha reportado la asociación de traumatismo facial u orbitario leve con luxación del globo ocular y,

si esto ocurre, generalmente se debe a tres factores principales: órbitas superficiales (poco profundas) como las que se aprecian en niños con anomalías craneofaciales congénitas, presencia de lesiones que ocupan espacio en la órbita, o flacidez en los ligamentos y músculos faciales (2).

Si la lesión se reduce a tiempo generalmente no hay complicaciones, esto se logra traccionando firmemente los párpados hacia adelante y presionando el globo hacia atrás al mismo tiempo; esto devuelve la visión y da alivio inmediato.

Se ha reportado también en el postoperatorio de cirugía de catarata, pudiéndose complicar con dehiscencia de la herida, en especial en pacientes con proptosis u órbitas superficiales; esto puede evitarse con una tarsorrafia lateral en el momento del procedimiento quirúrgico inicial (3).

Como ya se mencionó, en la literatura hay casos reportados de luxación espontánea en pacientes con enfermedad de Graves con exoftalmos, debido a edema intersticial de la grasa orbitaria, del tejido conectivo y de los músculos extraoculares, que se infiltran de linfocitos, macrófagos y células plasmáticas, produciendo una protrusión del ojo y párpados. Además también pueden existir tumores orbitarios

con exoftalmos y son un riesgo para una luxación. Otros casos que también pueden provocar proptosis y potencialmente luxación incluyen disostosis craneofacial e histiocitosis. Algunas maniobras en pacientes predispuestos también pueden provocar una luxación, como es el caso de manipulación de los párpados o incremento en la presión intraorbitaria en la maniobra de Valsalva exagerada.

Un tipo particular de luxación del globo ocular se produce por un traumatismo contuso, con fractura del piso de la órbita, lo que causa diferentes grados de dislocación del contenido orbitario y atrapamiento del tejido. Rara vez se observa el prolapso del globo ocular en el seno maxilar, lo cual también puede provocar una neuropatía traumática y, como consecuencia, amaurosis del ojo prolapsado.

El retardo en la recolocación del globo ocular conduce a una falla quirúrgica seguramente provocada por daño severo a los elementos suspensorios orbitarios (1).

Existen informes en los que se reporta el autotransplante de un ojo humano después de una luxación traumática severa con avulsión del nervio óptico, con fines cosméticos y de investigación, en los que se observó que el ojo se atrofió después de unos meses. No se pudo evaluar la regeneración del nervio óptico debido a que no se pudo anastomosar (4). En otro reporte se menciona un caso con luxación espontánea en un paciente con braquicefalia, la cual fue solucionada con una plastia Y-V; el diagnóstico de braquicefalia se efectuó con tomografías incluyendo una proyección de Hirtz (5, 6).

La luxación del globo ocular es un evento poco frecuente que puede producir graves consecuencias por lo que es mandatario el tratamiento inmediato y preciso.

Presentamos el caso de un niño de 14 años quien sufrió un traumatismo contuso y luxación secundaria del globo ocular, el cual de manera rápida se abordó con tratamiento quirúrgico, por lo que la evolución del paciente fue satisfactoria.

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente masculino de 14 años de edad sin antecedentes de importancia, el cual inicia su padecimiento un día previo a su ingreso cuando sufre caída de bicicleta con traumatismo en región frontal y nasal del lado izquierdo, con dolor ocular intenso y disminución de la visión en dicho ojo.

A la exploración se encontró agudeza visual de 20/60 en ojo derecho y contar dedos a un metro en ojo izquierdo, con disminución del reflejo fotomotor izquierdo (Figura 1).

La exploración inicial reveló herida en piel de región frontal y ciliar del lado nasal de aproximadamente 1 cm, globo ocular expuesto con herida conjuntival superior, quemosis importante y edema corneal incipiente, con limitación global importante de la movilidad ocular (Figura 2).

Por la naturaleza de la lesión (traumatismo craneoencefálico), a su ingreso en urgencias de pediatría se solicitó tomografía axial computada (TAC), la cual fue normal para



Fig. 1. Luxación del globo ocular izquierdo, los párpados están por detrás del globo ocular por espasmo del músculo orbicular. Se aprecia herida sobre el lado nasal de la ceja.

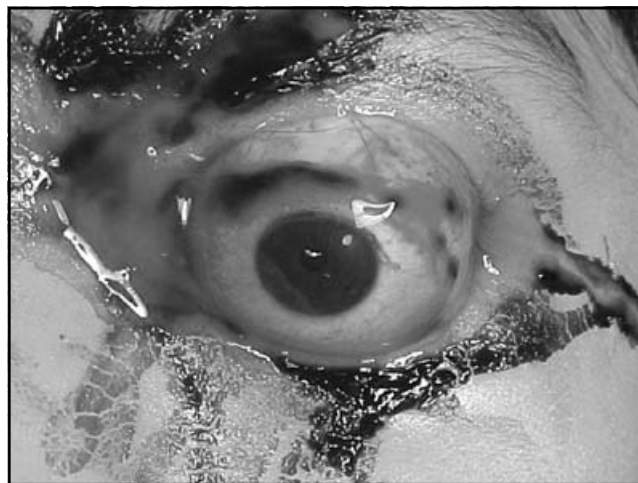


Fig. 2. Acercamiento donde se nota una herida sobre la conjuntiva y cápsula de Tenon superiores sin involucro de la integridad del globo ocular.

cráneo y en la que se mostraba el globo ocular izquierdo luxado, sin evidencia de avulsión de la esclera o del nervio óptico (Figura 3).

Se realizó exploración bajo anestesia general, encontrando quemosis e hiperemia conjuntival, herida conjuntival supronasal de aproximadamente 5 mm que dejaba expuesta cápsula de Tenon, córnea desepitelizada con edema +, fondo de ojo sin alteraciones. La exploración no demostró ningún otro daño por lo que se procedió a reponer el globo ocular.

El procedimiento se realizó por medio de la colocación de dos ganchos de estrabismo sin oliva en los fondos de saco inferior y superior y desde el lado temporal se deslizaron al mismo tiempo hacia el lado nasal con lo que se repuso fácilmente el globo ocular (Figura 4). Se procedió entonces a la sutura de la herida supraciliar superior y se ocluyó, previa aplicación de antibiótico y esteroide tópicos (Figura 5).

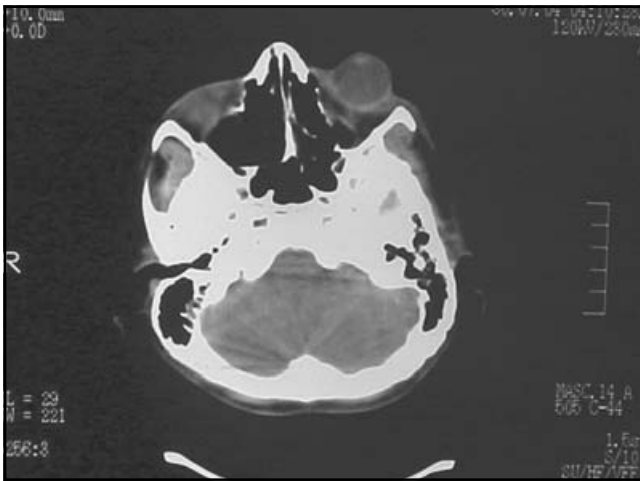


Fig. 3. Tomografía axial computarizada donde se aprecia el exoftalmos severo del globo ocular izquierdo con integridad de éste.

El manejo postoperatorio fue con antibiótico y antiinflamatorio esteroide tópicos y sistémicos. La evolución fue satisfactoria, al día siguiente los reflejos pupilares estaban normales y la agudeza visual del ojo izquierdo era de 20/100, al segundo día mejoró a 20/60 y actualmente tiene una agudeza visual de 20/30 que mejora a 20/20 para ambos ojos, movilidad ocular normal, presión intraocular de 12 mmHg y fondo de ojo sin alteraciones (Figura 6).

DISCUSIÓN

La luxación del globo ocular es un evento poco frecuente, en el cual existe un desplazamiento anterior del ojo, permitiendo a los párpados colocarse por detrás de éste, además de cursar con espasmo del músculo orbicular lo que dificulta el reposicionamiento del globo y limita la movilidad ocular (3). En el presente caso se encontró un espasmo acom-



Fig. 5. Imagen después de haber realizado la sutura de la herida de la ceja con puntos simples de nylon del 6-0.

pañado por dolor intenso lo cual impidió la reposición del globo ocular y generó gran limitación del movimiento, como clásicamente se ha descrito.

El caso aquí reportado es secundario al traumatismo severo del reborde orbitario superior que involucró sólo superficialmente el globo ocular, pero pensamos que el vector de fuerza favoreció el desplazamiento anterior del globo con un espasmo secundario de los párpados. Existen casos en los que el trauma involucra directamente el globo ocular teniendo entonces afección de los tejidos blandos y del nervio óptico (avulsión), siendo esto de mal pronóstico ya que requiere casi siempre de enucleación (6).

Existen factores anatómicos que favorecen que la luxación del globo ocular pueda presentarse más fácilmente como son órbitas pequeñas, laxitud de ligamentos orbitarios, desplazamiento posterior del septum orbitario y anomalías de los músculos extraoculares (3), ninguno de los cuales estuvo presente en el caso reportado.

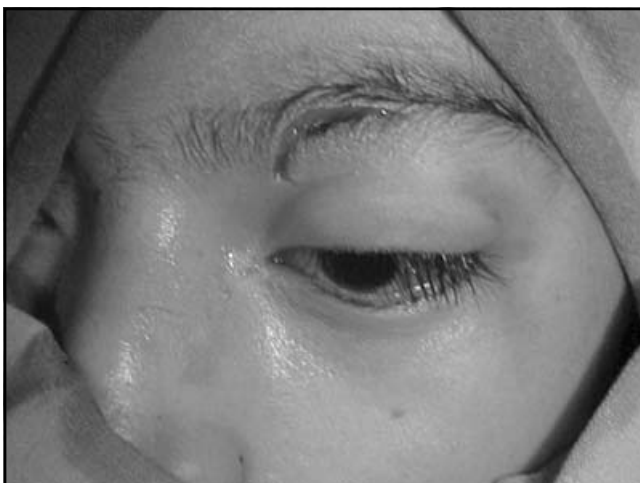


Fig. 4. Imagen después de haber realizado la reposición del globo ocular por medio de dos ganchos de estrabismo.



Fig. 6. Varios meses después del accidente el paciente está con una capacidad visual de 20/20.

Se han descrito varias técnicas para reponer el globo ocular luxado, ya sea de forma directa (manual) o algunas otras por medio de suturas de tracción sobre los párpados (2, 3).

Es fundamental disminuir la sensibilidad del área, en algunos pacientes el uso de anestesia tópica es suficiente. En el presente caso, debido a las condiciones y edad del paciente, recurrimos a la anestesia general que nos resultó de mucha utilidad debido al edema y contractura del músculo orbicular.

La maniobra de reponer el globo ocular utilizando un par de ganchos de estrabismo facilitó mucho el procedimiento. La reposición del globo ocular debe ser rápida ya que se compromete el estado circulatorio y el nervio óptico por compresión y tracción.

En el presente caso se observa cómo después de liberar la compresión se restablece el reflejo pupilar y la agudeza visual hasta ser completamente normales al cabo de unos días.

CONCLUSIONES

Podemos concluir que la luxación del globo ocular es un evento poco frecuente, que requiere de una evaluación cui-

dadosa de la función y estructuras del globo ocular afectado y que su tratamiento adecuado y oportuno tiene buen pronóstico visual.

REFERENCIAS

1. Weil D, Aldecoa JP, Martinoli C. Luxación traumática de globo en seno maxilar. Arch Soc Esp Oftalmol. 2001; 76:445-446.
2. Chabra HN, Kawuma A. Luxation of the eyeball. Brit J Ophthalmol 1986; 70:150-151.
3. Johnson S, Vestal R. Lateral tarsorrhaphy for prevention of postoperative complications resulting from globe luxation. J Cataract Refract Surg 2003; 29:1831-1833.
4. Burns R, Hansen T. Autotransplantation of the human eye in traumatic luxation. Am J Ophthalmol 1971; 396-398.
5. Alexandrakis G, Tse D, Chang W. Spontaneous globe luxation associated with floppy eyelid syndrome and shallow orbits. Arch Ophthalmology 1999; 117:138-139.
6. Mailer McG, Mawas E, Parizot H, Reeb J. Spontaneous luxation of the eyeballs. Brit J Ophthalmol 1969; 53:846-853.