

SÍNDROME DE LA FISURA ORBITARIA SUPERIOR, POST FRACTURA GRAVE DE ÓRBITA

José L. D'Addino*, María M. Pigni**, María M. Caubet***, Horacio Mayorga ****
y Víctor Paris*****

Introducción

El síndrome de fisura orbitaria superior es una rara complicación en personas con traumatismo maxilofacial severo. Se produce por la compresión directa de las estructuras relacionadas con la fisura orbitaria superior (III, IV, VI par, rama oftálmica del V par, frontal, lacrimal y nasal o nasociliar, vena oftálmica superior e inferior). Otras causas desencadenantes son la inflamación, infección, hematomas y neoplasias. Dada la baja prevalencia de esta patología, es de nuestro interés comunicar este caso con el objeto de contribuir a su mejor conocimiento.

Caso Clínico

Varón de 21 años de edad que ingresa por guardia por traumatismo grave maxilofacial y craneoencefálico con pérdida transitoria de conocimiento. En el examen inicial la valoración es Glasgow 12/15. Examen físico facial: hematoma periorbitario derecho, hundimiento malar, heridas contuso cortantes en frente, malar y calota, equimosis conjuntival, mirada fija, leve elevación en XT (exotropía) permanente, atrapamiento e imposibilidad tanto de movilización activa como pasiva, hipoestesia del nervio infraorbitario y corneal, midriasis con ausencia de reflejo a la luz y falta de acomodación, edema periorbitario e inyección conjuntival. La tomografía axial computada

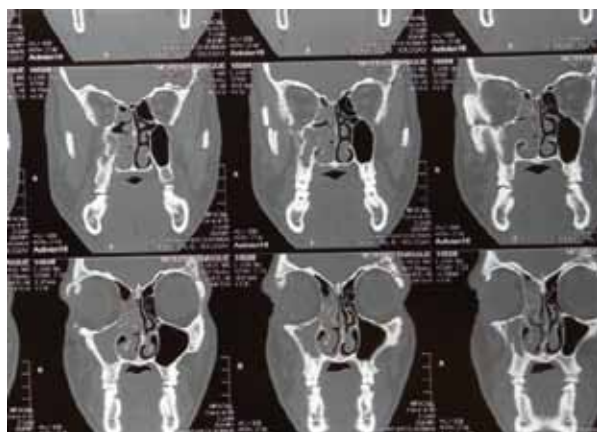


Fig. 1. TAC

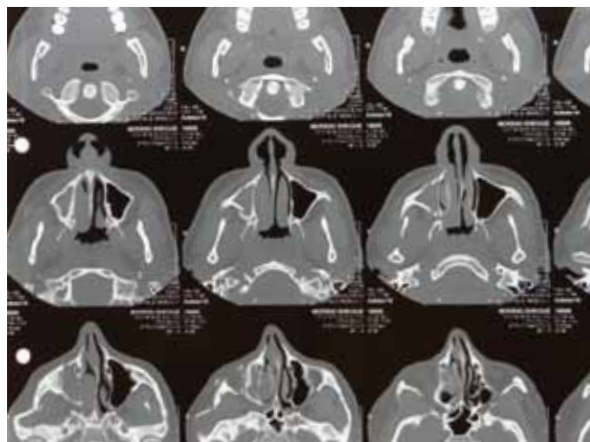


Fig. 2. TAC



Fig. 3. Posición del globo ocular

con cortes axiales y coronales describe (fotos 1 y 2):fractura conminuta de órbita derecha (pared externa), arco zigomático y malar, hematoseno derecho, enfisema subcutáneo en hemicara, ruptura del ala mayor del esfenoides, velamiento de las celdillas etmoidales anteriores, medias y posteriores. Parénquima encefálico normal. En el examen oftalmológico se observaba posición fija de la mirada hacia superoexterno (foto 3), hemorragias subconjuntivales, midriasis paralizante e hipoestesia corneal y palpebral; diplopía con visión borrosa del ojo derecho (Agudeza Visual OD 5/10 – OI 9/10). Fondo de ojo: hemorragia leve en cámara poste-

Recibido el 14 de marzo de 2013 Aceptado el 08 de abril de 2013

* Jefe de la Sección Cirugía General, Sección Cabeza y Cuello, Hospital Municipal de Vicente López.

** Fellow de la Sección Cirugía de Cabeza y Cuello.

***Residente de Cirugía General, Hospital Municipal de Vicente López.

**** Jefe del Servicio de Cirugía General, Hospital Municipal de Vicente López.

***** Médico Oftalmólogo del Hospital Municipal de Vicente López.

Dirección Postal: Dr. José Luis D'Addino. Adolfo Alsina 1991. Florida (1602). Bs.As. Argentina. Tel-fax: 54-11-4795-3730. cgrosso@intramed.net

rior. Tensión Ocular Normal (14 mm de Hg en ambos ojos). Se descartó patología neuroquirúrgica, con Glasgow 15/15 a las 24 horas. Los exámenes prequirúrgicos fueron normales.

Se intervino quirúrgicamente efectuando abordaje de la órbita vía subciliar transcutánea en párpado inferior con extensión a cigomático a través de una herida previa. Se constató fractura conminuta de órbita con atrapamiento del músculo recto externo (foto 4). Se libera el mismo, obteniéndose buena movilización pasiva del globo ocular. Se estabilizan las fracturas orbitarias con mallas dinámicas de titanio. Se aborda el área malar y cigomática por vía endooral, estabilizándose con placas de titanio. Se trató el hematoseno maxilar superior y se repararon las heridas faciales con suturas intradérmicas.



Fig. 4. Atrapamiento del músculo recto externo.

En el postquirúrgico, al descubrir el ojo, se constató desviación del globo ocular hacia afuera, ángulo superior derecho (foto 5). Al ocluir el ojo sano, el globo ocular derecho se posicionaba en una localización central y normal (foto 6), y al descubrirlo se lateraliza nuevamente al XT, sin elevación (parálisis incompleta III par, sinptosis del párpado superior). La visión del ojo derecho,



Fig. 5. Desviación ocular post operatoria con ambos ojos abiertos



Fig. 6. Cambio de posición del ojo operado al cerrar el ojo sano

sin corrección, es de 6/10 con midriasis parálítica, y mejora con corrección óptica a 10/10 (astigmatismo alto). El informe oftalmológico del post operatorio cita: agudeza visual de lejos OD s/c 6/10, c/c 10/10 (Nervio óptico sano). Agudeza Visual de cerca: OD s/c 1/10 c/c 10/10 (Parálisis de la acomodación). Motilidad ocular: en la posición primaria de la mirada, el OD está en exotropía de gran ángulo que se posiciona en el centro cuando mira a la izquierda y en la mirada arriba (Parálisis incompleta III par y recto externo sano). Pupila en midriasis parálítica y parálisis de la acomodación (Oftalmoplejía interna). Refiere diplopía en todas las posiciones de la mirada menos en la mirada extrema a la derecha. Fondo de ojo normal (sin hemorragias). Se efectuó un nuevo examen conjunto entre Neurología y Oftalmología y se solicitó otra TC para evaluar el estado de la órbita. Se observó que el ojo carecía de atrapamiento por los trazos fracturarios. Interpretamos el cuadro como Síndrome de fisura orbitaria superior.

Se inicia un esquema terapéutico con corticoides orales y oclusión del OD para evitar la diplopía, a la espera de la reabsorción del coágulo que comprimía la hendidura esfenoidal.

Al cabo de 4 semanas, la resolución fue completa, con ubicación central del ojo operado y sin diplopía (foto 7). Mantiene la midriasis parálítica, que sumada a un astigmatismo importante de ese ojo, disminuye la agudeza visual por lo que se indica el uso de un lente de contacto que corrige el astigmatismo y disminuye el tamaño pupilar. La evolución estética de las heridas ha sido satisfactoria.

Discusión

En 1858, Hirschfeld publicó el primer informe, sin embargo el término Síndrome de Fisura Orbitaria Superior es atribuido a Rochon-Duvigneaud en 1896, citado por Pogrel. Hay escasos informes en la literatura mundial, Zavhariades describió cinco casos entre 1979 y 1983^{5,6,8}. Las características



Fig. 7. Post operatorio al mes

clínicas son^{3,4,5}:

- 1) Edema periorbitario severo y persistente (obstrucción del drenaje linfático y venoso de las venas oftálmicas).
- 2) Proptosis y equimosis subconjuntival (hemorragia intra y extraconal, pérdida del tono de los músculos extraconales).
- 3) Ptosis y oftalmoplegía (compromiso del III, IV y VI par).
- 4) Ptosis (pérdida de la tonicidad del músculo de Müller).
- 5) Midriasis (compromiso parasimpático del III par y aumento de la actividad simpática de la cadena cervical y del nervio ciliar largo).
- 6) Ausencia del reflejo directo de la luz (bloqueo del arco eferente ipsilateral por lesión del III par).
- 7) Reflejo consensual conservado (indemnidad del arco aferente, II par ipsilateral y el arco eferente, III par contralateral).
- 8) Pérdida del reflejo de la acomodación (compromiso de la raíz motora parasimpática del ganglio ciliar).
- 9) Pérdida del reflejo corneal (anestesia de la rama nasociliar del V par).
- 10) Anestesia del párpado y de la frente (compromiso nervios supratrocLEAR y supraorbital).
- 11) Reducción radiológica de la fisura orbitaria superior (desplazamiento del ala mayor del esfenoides).

Para el diagnóstico de estos pacientes se requiere de una historia clínica y examen físico mi-

nuciosos^{1,2}. Según la etiología, se sugiere realizar una tomografía axial computada con cortes axiales y coronales, y/o la resonancia magnética nuclear. El correcto diagnóstico clínico y radiológico permiten entablar el tratamiento adecuado. Hay quienes postulan las altas dosis de corticoides desde el inicio, siempre que no se requiera un tratamiento quirúrgico por lesiones traumáticas óseas. Un factor crucial en la resolución satisfactoria del SFOS, es iniciar el tratamiento con megadosis de corticoides para evitar las secuelas que pueden involucrar lesiones definitivas en la función ocular, como la limitación de los movimientos, diplopía o ceguera^{3,7}.

Se concluye que el tratamiento ideal requiere de un enfoque multidisciplinario, con estrecha colaboración de Neurocirugía y Oftalmología, para correcto diagnóstico y tratamiento temprano⁵.

Referencias bibliográficas

1. Brent BD., May DR. *Orbital apex syndrome after penetrating orbital trauma*. Ann Ophthalmol 1990; 22: 267-268
2. Bun R, Vissink A. *Traumatic superior orbital fissure syndrome: report of two cases*. J Oral MaxillofacSurg 1996; 6: 758-761
3. Escobar García U. *Abordaje transconjuntival en fracturas de piso orbitario en pacientes atendidos en el Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez en el periodo comprendido de enero a septiembre 2008*. Tesis Doctoral. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-MANAGUA. Facultad de Ciencias Médicas.
4. Kalpana K J, and Enzenauer R W, *Orbital Fractures: A review of current literature*. Department of Ophthalmology, University of Tennessee College of Medicine, Chattanooga, Tennessee Current Surgery. 2004; 61: 25-29.
5. León M E. *Complicación ocular de fractura malar y su manejo*. Informe de caso. Colomb Med 2004; 35 (supl 1): 31-33
6. Pogrel MA. *The superior orbital fissure syndrome*. J Oral MaxillofacSurg 1980; 3: 215-217
7. Torros M R, Rascon Vargas D. *Síndrome de vértice orbitario secundario a trauma directo*. Reporte de un caso. Rev Mex. Oftalmol. Sep- Oct 2005; 79 (5): 283-285
8. Zachariades N. *The superior orbital fissure syndrome. Review of the literature and report of a case*. J Oral MaxillofacSurg 1982; 53: 237-240