

Estrabismo Restrictivo por Hematoma Orbitario Organizado

OFELIA MAYMARÁ BRUGNOLI DE PAGANO¹, LEONARDO BUCHACRA², OLIVERIO HOBECKER²

RESUMEN

OBJETIVO: El estrabismo restrictivo puede ser debido a atrapamiento de los músculos extraoculares en las fracturas de órbita; por organización de hematomas que producen fibrosis o adherencias de los tejidos blandos, limitando las ducciones con la consecuente diplopía y a veces tortícolis compensadora. Presentamos la resolución de un caso de estrabismo restrictivo de origen traumático.

MÉTODOS: El diagnóstico se realizó a través de la clínica y exámenes específicos de diagnóstico, como el sensorio motor; test de Hess- Lancaster; test de ducción pasiva y Tomografía Axial Computada (TAC).

RESULTADOS: El tratamiento quirúrgico consistió en retroceso con suturas ajustables de los músculos recto superior del ojo derecho con fibrosis y recto inferior del ojo izquierdo sano con el fin de alinear los ojos en posición primaria de la mirada y en lo posible versiones laterales e inferiores para compensar la diplopía.

CONCLUSIÓN: Los traumatismos de órbita pueden causar estrabismos restrictivos de difícil tratamiento. El examen clínico del paciente y los exámenes específicos orientan el diagnóstico. La cirugía de músculos extraoculares es útil para restablecer la visión binocular por lo menos en las principales posiciones de la mirada. *OFTALMOL CLIN EXP 2007;1: 40-41*

PALABRAS CLAVES: Estrabismo restrictivo; diplopía; trauma orbitario, hematoma

Restrictive strabismus after organized hematoma of the orbit.

ABSTRACT

OBJECTIVE: The origin of a restrictive strabismus may be a blowout fracture of the orbit wall with prolapse of the extraocular muscles or adhesions in the orbital soft tissue that causes restricted eye movement. The consequence is diplopia and anomalous head posture. We present this case in order to share our experience to solve restrictive strabismus due to trauma.

METHODS: Clinic examination and specific diagnose studies, such as ocular motility examination and sensory evaluation, Hess-Lancaster test, forced duction test and orbit CT Scan were performed

RESULTS: Surgical treatment was recess of the superior rectus of the affected eye and the inferior rectus of the contralateral eye with adjustable sutures, trying to aline the eyes in primary position and if possible in lateralgaze and downgaze.

COMMENTS: Diplopia due to restrictive strabismus caused by trauma is difficult to solve. Clinical and motor evaluation leads to diagnosis. Eye muscle surgery is useful in reestablishing binocular vision at least in the main position of search. *OFTALMOL CLIN EXP 2007;1: 40-41*

KEY WORDS: restrictive strabismus, orbital hematoma, diplopi, trauma

La frecuencia de presentación de los estrabismos por trauma orbitario ha aumentado en los últimos años debido a accidentes de tránsito, violencia y asaltos, entre otros. Las fracturas traumáticas de órbita generalmente afectan el piso y actualmente son tratadas por cirujanos oculoplásticos. Desafortunadamente pueden quedar adherencias en los tejidos blandos de la órbita incluyendo a los músculos rectos que causan restricción de los movimientos oculares. Otras veces las imágenes (TAC; RMN) muestran paredes orbitarias indemnes pero las lesiones de los tejidos blandos y hematomas organizados producen adherencias y fibrosis que causan restricciones.¹⁻⁴

El objeto de esta presentación es compartir nuestra experiencia para resolver estos difíciles casos de estrabismo cada vez más usuales de ver en la práctica diaria. Presentamos un paciente con diplopía y tortícolis como consecuencia de estrabismo restrictivo secundario a fibrosis orbitaria de origen traumático, los exámenes específicos y auxiliares de diagnóstico y el tratamiento quirúrgico realizado para solucionar la visión doble en las principales posiciones de la mirada.

Reporte del caso

Paciente de sexo masculino de 48 años de edad que consultó por diplopía y tortícolis.

Recibido: 16/10/07
Aceptado: 15/06/08
1. Prof. Adjunta
Área Oftalmología, FCM,
Universidad Nacional de
Cuyo y Jefe de Sección
Estrabismo,
Hospital Central de
Mendoza, Argentina.
2. Médicos residentes, Servicio
de Oftalmología, Hospital
Central de
Mendoza, Argentina.
Autor responsable
Dra. Ofelia Maymará
Brugnoli de Pagano
Emilio Jofré 366
(5500) Mendoza
opagano@nysnet.com.ar

Como antecedente refirió traumatismo con manubrio de bicicleta en órbita derecha un año atrás. La lesión afectó el área superior de la órbita, por debajo de la ceja. Se realizó cantotomía para evacuar el sangrado retrobulbar que produjo el trauma. El estudio de la órbita mediante Tomografía Axial Computada realizada luego del trauma no mostró lesiones óseas.

Al examen ocular en el momento de la consulta obtuvimos los siguientes datos: Agudeza Visual OD 8/10 sc y 10/10 cc; OI 7/10 sc y 10/10 cc. Refracción: AO esf +1,00.

En posición primaria de la mirada (PPM) se observó hipertropía de ojo derecho de 30 dioptrías prismáticas en PPM que aumenta en infraversión. Marcada limitación de infraducción de OD. Test de ducción pasiva: positivo +++.

Examen Motor Preoperatorio		
V+ 8	X 8 V+10	X 8 V+ 6
X 6 V+25	V+30	X8V+12
X 8 V+30	X 8 V+35	X8 V+25

Tratamiento quirúrgico

Se realizó retroceso de recto inferior de ojo derecho y de recto superior de ojo izquierdo con suturas ajustables en ambos músculos. Se compensó diplopía en PPM; dextro y levoversión. Mejoró el tortícolis. Persistió diplopía en dextroversión e infraversión extremas.

Examen Motor posoperatorio		
X4	X6	X8
V+8	V+4	X6 V+2
X4V+10	V+8	X6 V+4

Comentarios

Los cuadros clínicos que presentan los estrabismos traumáticos son complejos y variados. El trauma puede afectar los músculos, la fascia orbitaria y los huesos que rodean la órbita. El tratamiento reparador es complicado y basado en las alteraciones de la motilidad. Retrocesos, resecciones y transposiciones musculares ayudarían a restituir el paralelismo ocular y compensar la diplopía.⁵ Consideramos un éxito lograr visión binocular sin diplopía en posición primaria e infraversión aún cuando queden áreas residuales de visión doble.

Cuando hay fractura de piso de órbita con prolapso del contenido orbitario en el seno maxilar éste debe ser reparado una vez que el edema haya desaparecido, aproximadamente luego de una semana del trauma. La reparación se hace con visualización directa del piso orbitario, se repone a la órbita el tejido prolapsado y se repara el piso con una lámina de plástico.^{4,6} Pero el trauma de los tejidos blandos, incluyendo los músculos rectos, fascias que los rodean y grasa orbitaria pueden causar restricciones que limitan la elevación, producen hipotropía y la consecuente diplopía.^{3,7} En algunos casos la lesión produce daño de la inervación muscular quedando luego de la cirugía reparadora, limitación de origen parético.^{1,2,8} En nuestro paciente la TAC no mostró lesiones óseas por lo que atribuimos la hipertropía y limitación de la infraducción a las adherencias y fibrosis producidas por la organización del hematoma de órbita.

El cuadro clínico, los exámenes complementarios, test de ducción pasiva y exploración quirúrgica confirmaron el diagnóstico de estrabismo restrictivo con tortícolis y diplopía. La cirugía muscular con suturas ajustables mejoró el estrabismo compensando parcialmente diplopía y tortícolis.

Bibliografía:

1. Metz H.S. Restrictive factors in strabismus. *Surv Ophthalmol* 1983;28:71-83.
2. Mauriello JA JR; Antonacci R; Mostafavi R; Narain K; Caputo AR; Wagner RS; Palydowicz S. Combined paresis and restriction of the extraocular muscles after orbital fracture: a study of 16 patients. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 1996;12:206-10.
3. Ortuve MC; Rosenbaum AL; Goldberg RA; Demer JL. Orbital imaging demonstrates occult blow out fracture in complex strabismus. *JAPPOS* 2004;8:264-73.
4. Wojno TH. The incidence of extraocular muscles and cranial nerve palsy in orbital floor blow out fractures. *Ophthalmology* 1987;94:682-7.
5. Kushner BJ. Paresis and restriction of the inferior rectus muscles after orbital floor fractures. *Am J Ophthalmol* 1982;94:81-6.
6. Seiff SR; Good WV. Hypertropia and the posterior blowout fracture: mechanism and management. *Ophthalmology* 1996;103:152-6.
7. Lyon DB, Newman SA. Evidence of direct damage to extraocular muscles as a cause of diplopia following orbital trauma. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 1989;5:81-91.
8. Helveston, EM. *Surgical Management of Strabismus*. 5th Edition. Oostende. Wayenborgh 2005:423-4.