



CASO CLÍNICO

Reporte de un caso. Cuerpo extraño intraorbitario



Dulce María Vargas Romero^{a,*}, Mariana Takane Imay^b, Osiris Olvera Morales^a,
Wilson Koga Nakamura^a, Juan Enrique Almendárez Reyna^a
y M. Cristina González González^c

^a Fundación de Asistencia Privada Conde de Valenciana, México D. F., México

^b Presidenta del Centro Mexicano de Ultrasonido en Oftalmología, Fundación de Asistencia Privada Conde de Valenciana, México D. F., México

^c Jefe del Departamento de Ecografía, Fundación de Asistencia Privada Conde de Valenciana, México D. F., México

Recibido el 25 de octubre de 2014; aceptado el 23 de abril de 2015

Disponible en Internet el 6 de junio de 2015

PALABRAS CLAVE

Cuerpo extraño
intraorbitario;
Ecografía;
Tomografía

Resumen Presentamos el caso clínico de un paciente varón de 33 años de edad con antecedente de trauma orbitario con sospecha de cuerpo extraño intraorbitario. Se le realizaron estudios complementarios como ecografía y tomografía axial computarizada, donde se visualiza cuerpo extraño intraorbitario y se retira mediante cirugía.

© 2014 Sociedad Mexicana de Oftalmología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Orbital foreign body;
Echography;
Tomography

Case report. Orbital foreign body

Abstract We report a case of a male patient 33 years old with a history of orbital trauma with suspected orbital foreign body. Additional studies were performed such as echography and computed tomography where orbital foreign body was seen and removed by surgery.

© 2014 Sociedad Mexicana de Oftalmología. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La órbita puede alojar diversos tipos de cuerpos extraños como resultado de varias causas¹.

Los principales incluyen cuerpos extraños de materia orgánica e inorgánica secundarios a lesiones penetrantes,

* Autor para correspondencia. Fundación de Asistencia Privada Conde de Valenciana, Chilmapopoca No. 14, Col. Obrera, CP. 06800, México, D. F., México. Teléfono: +5442 1700.

Correos electrónicos: dulce241284@gmail.com,
dradulcesin@hotmail.com (D.M. Vargas Romero).

implantes quirúrgicos y clavos de osteosíntesis o clips, por mencionar algunos^{1,2}.

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. La extracción quirúrgica está indicada en todos los cuerpos extraños de tipo orgánico^{3,4}.

Aquellos que son inorgánicos se retiran en caso de provocar complicaciones o si su localización es anterior. Si están localizados en la región posterior no se deben retirar a menos que estén causando serias complicaciones orbitarias^{3,4}.

Las primeras señales que conducen a la sospecha de un cuerpo extraño son los trastornos de la función visual⁶, persistente inflamación⁵, una infección grave con o sin afectación de los senos paranasales o sistema nervioso central⁷, ptosis, trastornos de la movilidad ocular, proptosis, quemosis, dolor persistente^{5,6,8}.

Es posible la extrusión espontánea del cuerpo extraño, en la cual no habría consecuencias⁹, sin embargo, a veces puede migrar más profundamente en la órbita¹⁰ y causar complicaciones graves para el ojo, el contenido de la órbita y del sistema nervioso central^{7,11}. Las consecuencias de la retención de cuerpos extraños en la órbita son múltiples y potencialmente graves. Puede haber casos de inflamación crónica⁶, celulitis orbitaria⁸, absceso orbitario⁸, granulomas¹⁰, oftalmoplejía, retracción palpebral, fístula crónica^{8,10} y ceguera^{5,10}, que se hayan descrito.

Ante la sospecha de un cuerpo extraño intraorbitario se deben solicitar estudios de gabinete complementarios, como son la ecografía y la tomografía computarizada.

En algunas ocasiones no producen un patrón específico, motivo por el cual pueden pasar desapercibidos, o puede suceder que debido a la densidad que presentan se confunden con aire¹².

La ecografía es muy eficaz para la detección de cuerpos extraños, ya que puede detectar el 95% de los casos cuando se encuentran en el globo ocular y el 70% de los intraorbitarios¹².

El cuerpo extraño de origen vegetal (orgánico) se manifiesta por las imágenes hiperecoicas con sombra acústica posterior. Reshef et al.⁸ y Ossoinig¹² también informaron la importancia de la ecografía durante la cirugía para apoyar la localización de cuerpos extraños.

La ecografía puede utilizarse para evaluar los cuerpos extraños dentro de la órbita. Los cuerpos extraños que ocurren dentro de la órbita son más difíciles de detectar que los cuerpos extraños intraoculares. La señal de cuerpo extraño puede estar enmascarada por las estructuras circundantes orbitales altamente reflectantes (grasa, hueso, y así sucesivamente)¹³.

Los cuerpos extraños que se encuentran anteriormente se detectan más fácilmente que los más próximos al vértice de la órbita. La detección de un cuerpo extraño orbitario puede ser mejorada si está rodeado por un material homogéneo, tal como sangre o un absceso¹³.

Cuerpos extraños de madera a menudo se pueden detectar pronto después de la lesión, pero con el tiempo pueden



Figura 1 Fotografía clínica del paciente en la cual se observa endotropía en posición primaria de la mirada y edema palpebral de predominio temporal superior.



Figura 2 Acercamiento de la fotografía clínica; se observa un aumento de volumen en la región temporal superior.

llegar a ser más suaves y, por tanto, menos distinguibles de los tejidos adyacentes¹³.

Presentación de caso clínico

Se trata de un varón de 33 años de edad, originario del Estado de México, campesino, que refiere presentar endotropía congénita. Al estar realizando su trabajo experimenta un trauma con vegetal, del que desconoce el mecanismo exacto. Ocurrió hace 7 meses, no recibió atención médica, y refiere presentar aumento de volumen en la región temporal superior de la órbita derecha al mes del trauma, el cual ha ido aumentando progresivamente, así como presencia de secreción en conjuntiva tarsal desde hace 3 meses. Nunca presentó dolor ni fiebre (fig. 1).

En la exploración oftalmológica se observa en la órbita del lado derecho el reborde orbitario íntegro, orbicular y elevador del párpado superior normofuncionantes, anexos bien implantados, aumento de volumen importante en el sector temporal superior, vía lagrimal presente y permeable (figs. 2 y 3). La órbita izquierda no muestra alteraciones.

En la biomicroscopía del ojo derecho se observa conjuntiva tarsal hiperémica 3+, con quemosis, secreción, conjuntiva bulbar hiperémica, inyección ciliar mixta, córnea transparente, cámara anterior formada y amplia, vacía, iris de arquitectura regular, cristalino transparente (fig. 4). El

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4032255>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4032255>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)