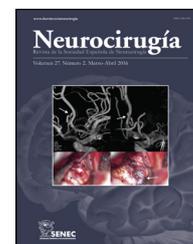




NEUROCIRUGÍA

www.elsevier.es/neurocirugia


Caso clínico

Penetración de un perdigón en el ápex orbitario

Rodolfo Belmonte-Caro^a, Alberto Garcia-Perla-Garcia^a,
Jose Romero-Arce^b y Pedro Infante-Cossio^{a,*}

^a Servicio de Cirugía Maxilofacial, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

^b Servicio de Neurocirugía, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 17 de enero de 2017

Aceptado el 28 de febrero de 2017

On-line el xxx

Palabras clave:

Cuerpo extraño intraorbitario

Ápex orbitario

Nervio óptico

Orbitotomía

Manejo quirúrgico

RESUMEN

La penetración de un cuerpo extraño en el espacio orbitario intraconal plantea un desafío quirúrgico debido a su ubicación profunda detrás del globo y cercana al nervio óptico. Presentamos un caso de un perdigón alojado en el ápex orbitario en el que se realizó una orbitotomía superolateral a través de un abordaje coronal para su extracción. Esta técnica craneofacial adicional es segura para acceder a la zona lateral intraconal en el caso inusual de necesitar extraer un cuerpo extraño orbitario.

© 2017 Sociedad Española de Neurocirugía. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Penetrating air gun pellet into the orbital apex

ABSTRACT

A foreign body penetrating into the intraconal orbital compartment poses a surgical challenge because of its deep location behind the globe and near the optic nerve. We present a case of an air gun pellet lodged into the orbital apex, which was removed via superolateral orbitotomy through coronal incision. This additional craniofacial technique is a safe procedure to access the lateral aspect of the intraconal compartment in the unusual event of having to remove an orbital foreign body.

© 2017 Sociedad Española de Neurocirugía. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Keywords:

Intraorbital foreign body

Orbital apex

Optic nerve

Orbitotomy

Surgical management

Introducción

La penetración en la órbita de un cuerpo extraño (CE) es una lesión traumática relativamente poco frecuente sobre la que

no existe consenso de manejo terapéutico. Un CE que penetra en la órbita y queda en su interior, pero por fuera del globo ocular, puede permanecer asintomático o desencadenar una afección grave que plantee su retirada quirúrgica. Si se decide realizar una cirugía, hay que considerar las posibles

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pinfante@us.es (P. Infante-Cossio).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.neucir.2017.02.002>

1130-1473/© 2017 Sociedad Española de Neurocirugía. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

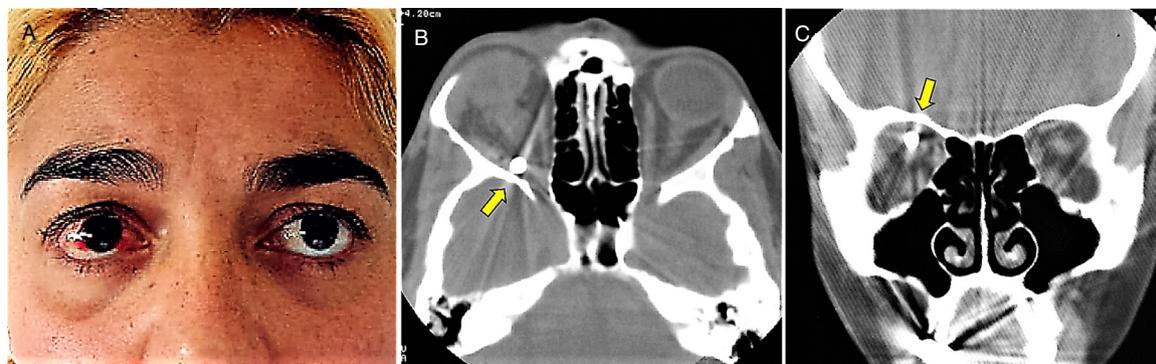


Figura 1 – A. Aspecto clínico de la paciente en la primera exploración con una lesión traumática por un perdigón de escopeta de aire comprimido en el ojo derecho. Imágenes con TC preoperatoria axial (B) y coronal (C) que muestran un perdigón de 5 mm en el espacio intraconal lateral en el ápex de la órbita derecha, situado en contacto íntimo justo por encima del nervio óptico (flechas). Exoftalmos discreto del ojo derecho.

complicaciones potenciales que puede conllevar el abordaje quirúrgico en zonas anatómicas críticas de la órbita.

Presentamos un caso de penetración de un perdigón de una escopeta de aire comprimido en el ápex orbitario en el que se llevó a cabo una orbitotomía para su extracción, enfatizando los aspectos de manejo diagnóstico y enfoque terapéutico multidisciplinario.

Caso clínico

Una mujer de 28 años de edad acudió a Urgencias con una lesión traumática fortuita en la órbita derecha por un perdigón de escopeta de aire comprimido. El examen clínico externo reveló el globo derecho intacto con quemosis conjuntival, dolor y proptosis leve (fig. 1A). La movilidad ocular estaba discretamente perturbada, con ambliopía y visión borrosa.

El examen oftalmológico en Urgencias mostró una laceración conjuntival en el fórnix superotemporal, con hifema leve y una agudeza visual de 5/200 en el campo temporal. La exploración del fondo de ojo fue difícil debido a la poca colaboración de la paciente por dolor. Se observó edema en el polo posterior,

flóculos hemorrágicos en el vítreo, hemorragias prerretinianas y en la papila, retina levantada y desprendimiento coroideo superoexterno. La TC (fig. 1B y C) mostró un perdigón de 5 mm de diámetro situado dentro del espacio intraconal, en el vértice de la órbita y en íntimo contacto con el nervio óptico, justo por encima y lateral a este.

Inicialmente se prescribió un tratamiento médico intravenoso con amoxicilina + clavulánico y metilprednisolona 250 mg cada 6 h. Al quinto día, la persistencia de inflamación y hemorragia orbitaria, el incremento de la proptosis, la no recuperación de la agudeza visual y el contacto íntimo del CE con el nervio óptico nos hicieron sospechar una neuropatía óptica traumática (NOT) y tomar la decisión de planificar la retirada del CE. A través de una incisión bicoronal se realizó una orbitotomía marginal superolateral (fig. 2A) que permitió llevar a cabo una disección roma a través del espacio intraconal hasta el vértice de la órbita. Se realizó la descompresión de la zona, se cogió el perdigón y se retiró cuidadosamente bajo visión directa, dejando intacto el nervio óptico (fig. 2B). Se reposicionó el fragmento de orbitotomía, se fijó con osteosíntesis reabsorbible de LactoSorb® (fig. 3A) y se suturó la incisión cutánea. En el segundo mes postoperatorio, la paciente había recuperado el movimiento completo del ojo y la agudeza visual

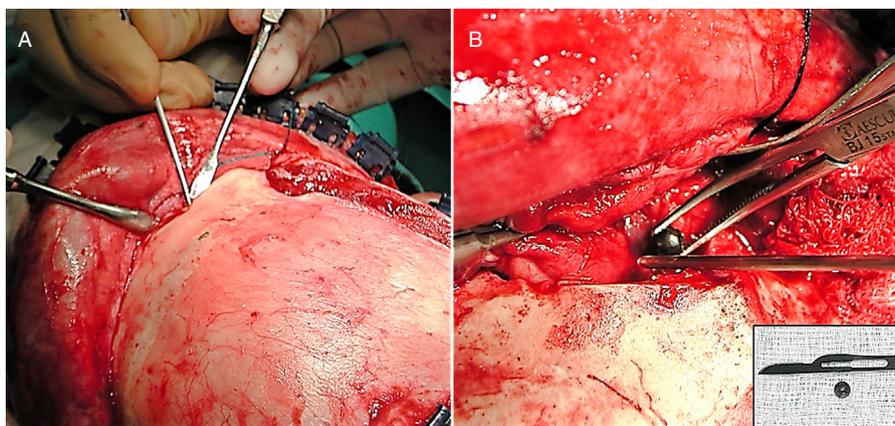


Figura 2 – A. Fotografía intraoperatoria que muestra el diseño del colgajo bicoronal para exponer el contorno orbitario y realizar la orbitotomía superolateral. B. Retirada del perdigón bajo visión directa. La fotografía del inserto muestra el CE metálico después de la extracción quirúrgica.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8686529>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8686529>

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