

Ptosis palpebral recidivante por cuerpo extraño vegetal intraorbitario

Relapsing ptosis due to vegetal intraorbital foreign body

M. Alonso Agesta, S. Karam, L. Fernández del Coto, A. Martínez Grau, M. López-Fortuny, G. Martínez Grau

Centro de Oftalmología Barraquer. Barcelona.

Correspondencia:

Maddi Alonso Agesta

E-mail: maddi.alonso@barraquer.com

Resumen

Se presenta el caso de un joven intervenido de ptosis palpebral post-traumática en dos ocasiones. Tras la realización de una tomografía axial computerizada se detectó un fragmento de madera intraorbitario. Es recomendable descartar la presencia de un cuerpo extraño mediante pruebas de imagen ante un traumatismo ocular, orbitario o de anexos. La tomografía computerizada o la resonancia magnética de la órbita son las pruebas a practicar. En caso de detectar un cuerpo extraño intraorbitario se plantea la extracción quirúrgica o actitud vigilante en función de la localización, composición y clínica acompañante.

Resum

Es presenta el cas d'un jove intervingut de ptosis palpebral en dues ocasions després d'un traumatisme facial. Es va detectar un fragment de fusta intraorbitari a la tomografia computeritzada no detectat inicialment. Per aquesta raó, en casos de traumatisme ocular, orbitari o d'annexos oculars, cal excloure la presència d'un cos estrany mitjançant proves d'imatge i plantejar l'extracció quirúrgica en cas de trobar-lo.

Abstract

A young male underwent eyelid surgery twice because of unilateral ptosis after orbital trauma. Computed tomography revealed an intraorbital piece of wood initially overlooked. Foreign bodies in the orbit should be ruled out in many types of ocular, orbital or ocular annexa trauma with appropriate imaging. Surgical removal of orbital foreign bodies or observation depend on factors as material, localisation or symptoms.

Introducción

Los traumatismos orbitarios son frecuentes y ocasionan afectación visual e importantes alteraciones estéticas. Los cuerpos extraños intraorbitarios (CEIOrb) secundarios a traumatismos presentan gran variabilidad en sus manifestaciones clínicas, lo que puede conducir a errores en el manejo diagnóstico y a practicar procedimientos terapéuticos no apropiados. La detección de cuerpos extraños intraorbitarios (CEIOrb) de origen vegetal representa un reto diagnóstico dada la dificultad de visualización con las pruebas de imagen habituales y la amplia variedad en cuanto a la presentación clínica. La tomografía computerizada constituye el *gold standard* en la detección de cuerpos extraños intraorbitarios de origen vegetal, cuyo tratamiento es la extirpación quirúrgica.

Se presenta el caso clínico de un paciente con ptosis palpebral superior unilateral recidivante tras un traumatismo contuso facial.

Caso clínico

Un varón de 14 años consultó para segunda opinión por ptosis palpebral progresiva e indolora en el ojo izquierdo (OI) intervenida en dos ocasiones en otro centro. Como antecedente relevante, la ptosis apareció tras sufrir un traumatismo contuso en la hemicara izquierda cuatro años atrás.

En el examen oftalmológico presentaba una agudeza visual con corrección de 0,95 en OD y 0,85 en OI, sin diplopía. Se observó edema sin eritema en el párpado superior izquierdo y desplazamiento del globo ocular inferior y lateralmente (Figura 1). La conjuntiva no presentaba laceraciones, secreciones, hiperemia o reacción folicular tras la eversión del párpado superior. La exploración funcional palpebral constató una hendidura de 9 mm en OI, distancia reflejo margen de 2 mm, función del elevador del párpado superior de 4-5 mm y lagofthalmos de 0,5 mm en el tercio interno. Se palpaba una lesión mal delimitada por debajo del reborde orbitario en el tercio supero-interno (Figura 2). El examen del segmento anterior y posterior fueron anodinos.

Dada la evolución tórpida del caso se practicó la tomografía computerizada orbitaria. Se evidenció un cuerpo extraño en la porción anterosuperior de la cavidad orbitaria izquierda. Éste comprimía el músculo recto superior y ocupaba la grasa orbitaria de dicha zona. Se acompañaba de inflamación difusa a su alrededor, lo cual desplazaba el globo ocular inferior y lateralmente (Figura 3).



Figura 1. Ptosis palpebral superior con edema difuso y sin eritema cutáneo en OI. El globo ocular presenta un ligero desplazamiento inferior y lateral sin restricciones de la motilidad extraocular.



Figura 2. Se aprecia una lesión mal delimitada por debajo de reborde orbitario y no adherida a planos profundos. No se observan cicatrices ni fistulización cutánea.

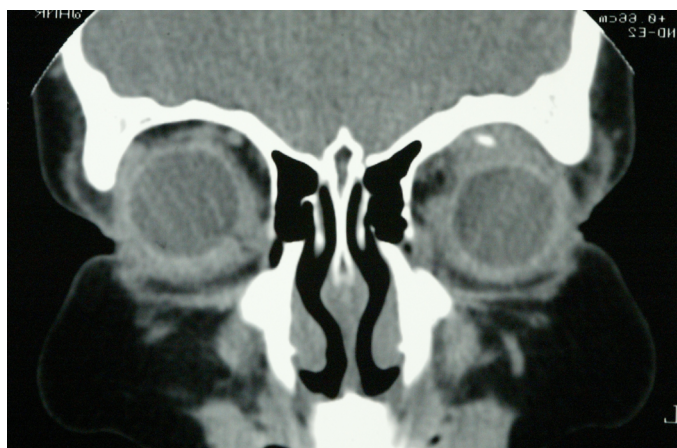


Figura 3. Tomografía computerizada orbitaria en corte coronal. Se aprecia una imagen hiperdensa en la región supero-medial de la órbita izquierda. Está bien delimitada y rodeada por una zona de inflamación difusa que desplaza el globo ocular inferior y lateralmente.

Se procedió a la extracción quirúrgica, con abordaje a través del pliegue cutáneo superior y resección del músculo orbicular hasta llegar al arco orbitario. Allí se observó una zona de fibrosis encapsulada con secreción purulenta, la cual se cultivó. Se extrajo el CEIOrb resecando la cápsula fibrótica. Se cerró por planos, el orbicular con sutura reabsorbible de vicryl 6/0, la piel con Prolene 7/0. Se pautó antibioticoterapia sistémica postoperatoria por la elevada incidencia de infecciones orbitarias secundarias en estos casos. En el postoperatorio se apreció la mejora de la ptosis palpebral superior y del desplazamiento inferior y lateral del globo ocular (Figura 4).

El estudio de anatomía patológica reveló fragmentos tisulares de consistencia media y tejido de granulación con inflamación



Figura 4. Postoperatorio. Tres semanas después de la extirpación del fragmento de madera, se observa mejoría de la ptosis en el párpado superior izquierdo.

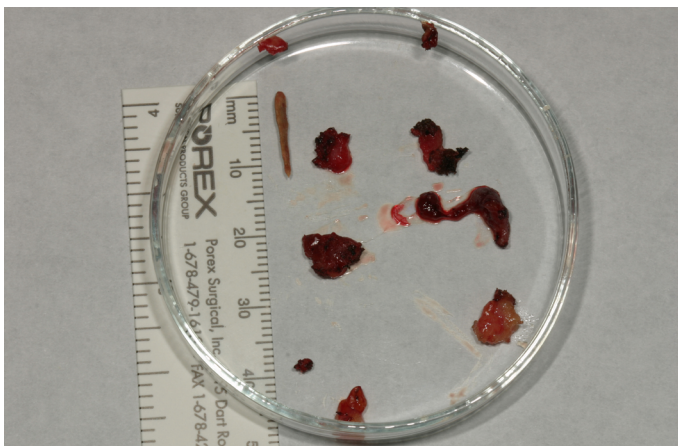


Figura 5. Detalle de la muestra macroscópica extraída donde se aprecian en la placa de petri fragmento de madera y restos tisulares con tejido de granulación.

aguda y crónica circundante (Figura 5) y un fragmento de madera de 1,1 x 0,2 x 0,2 cm. Los cultivos microbiológicos en agar sangre, chocolate y Sabouraud fueron negativos.

Discusión

Los CEIOrb no son infrecuentes y suceden con una frecuencia de uno de cada 6 casos de traumatismo orbitario^{1,2}. Los varones menores de 21 años constituyen un grupo de riesgo elevado para esta patología^{2,3}. De acuerdo con sus características y localización, varía la conducta médica, desde la cirugía extractiva hasta la conducta expectante y seguimiento clínico². Los CEIOrb de naturaleza orgánica producen distintos grados de inflamación. Por el contrario aquellos de naturaleza inerte, son mejor tolerados, incluso asintomáticos¹⁻⁵.

Las manifestaciones clínicas varían según la naturaleza, tamaño y localización, incluso en función de la velocidad de impacto en la órbita. Esta variabilidad plantea un reto diagnóstico y por ello es necesario un alto grado de sospecha. La sintomatología puede variar desde leve edema o equimosis palpebral, laceraciones conjuntivales, hasta casos más manifiestos con afectación de la motilidad ocular, abscesos, fístulas o ptosis como en el caso que se presenta.

En el caso de los CEIOrb de madera el tiempo transcurrido entre traumatismo y el deterioro clínico puede ser prolongado y su progresión tan insidiosa que se puede pecar de no incluir el traumatismo antiguo en el diagnóstico diferencial, lo que causa retraso diagnóstico o conduce a practicar maniobras terapéuticas incorrectas como las repetidas cirugías para la corrección de la ptosis del presente caso^{2,5}.

La tomografía computerizada (TC) es el *gold standard* en el estudio diagnóstico de traumatismo orbitario con posible cuerpo extraño⁶. A pesar de las ventajas de la TC, la madera tiene la particularidad de variar su densidad dependiendo de su humedad, dureza, del tipo de madera y el tiempo que permanece en los tejidos, y en ocasiones su presencia pasa desapercibida^{7,8}. El ultrasonido puede ser ventajoso para la evaluación rápida de la integridad del globo ocular. La radiografía, aunque sensible a las fracturas de las paredes orbitarias, pierde su utilidad en las lesiones de tejidos blandos. La resonancia magnética (RM), queda relegada a los casos en los que el CEIOrb es indetectable por otros medios³.

La extracción quirúrgica está indicada en todos los cuerpos extraños de tipo orgánico. La indicación para los inorgánicos se reserva para los casos con complicaciones graves como restricciones mecánicas de los movimientos o abscesos entre otros⁴. Los cultivos suelen mostrar patógenos comunes, sin embargo por la proximidad al sistema nervioso central, se indica antibioticoterapia de amplio espectro que atraviese la barrera hemato-encefálica como coadyuvante a la cirugía. Los antibióticos recomendados son una combinación de cefalosporina de tercera generación y vancomicina a dosis altas^{3,4}. Se han descrito casos asintomáticos que han permanecido hasta 30 años en la cavidad orbitaria. También se ha constatado la expulsión espontánea de un CEIOrb de madera a los 6 meses del traumatismo orbitario⁴.

Bibliografía

1. Liu D. Common denominators in retained orbital wooden foreign body. *Ophthalm Plast Reconstr Surg*. 2010;26.
2. Tas S, Top H. Intraorbital wooden foreign body: clinical analysis of 32 cases, a 10-year experience. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*. 2014;20:51-55.
3. Shelsta HN, Bilyk JR, Rubin PA, et al. Wooden intraorbital foreign body injuries: Clinical characteristics and outcomes of 23 patients. *Ophthalm Plast Reconstr Surg*. 2010;26:238-44.
4. Banarjee A, Das A, Agarwal PK, Banarjee AR. Late spontaneous extrusion of a wooden intraorbital foreign body. *Indian J Ophthalmol*. 2003;51:83-4.
5. Mahmood U, Hiro M, Pappas-Politis E, et al. Intraorbital wooden foreign body. *Eplasty*. 2012;12:ic1.
6. Green BF, Kraft SP, Carter KD, et al. Intraorbital Wood. Detection by magnetic resonance imaging. *Ophthalmology*. 1990;97:608-11.
7. Adesanya OO, Dawkins DM. Intraorbital wooden foreign body (IOFB): Mimicking air on CT. *Emerg Radiol*. 2007;58:1237-40.
8. Hansen JE, Gudeman SK, Holgate RC, Saunders SA. Penetrating intracranial wounds: clinical implications of computerized tomography. *J Neurosurg*. 1988;68:752-6.