



ENFERMEDADES DE LA ÓRBITA

Corresponde tratar en este capítulo los desplazamientos del globo ocular dentro de la órbita y sus causas. También se tratará el estado inflamatorio del tejido orbitario.

ANATOMÍA

La órbita tiene forma de pirámide cuadrilátera, constituida por paredes óseas, cuyo vértice corresponde al agujero óptico; para otros, tiene forma de pera, cuyo tallo es el canal óptico; sus paredes están formadas por siete huesos con su base hacia adelante y dispuestos en la forma siguiente:

- Pared superior o techo: ala menor del esfenoides y hueso frontal.
- Pared lateral: ala mayor del esfenoides y hueso cigomático.
- Suelo: cigomático, palatino y maxilar, cuya porción posteromedial es débil y se fractura con facilidad por hundimiento.
- Pared interna o medial: maxilar, lagrimal, etmoides y esfenoides; presentan hacia adelante el canal que aloja el saco lagrimal.

El borde orbitario presenta cuatro prominencias óseas palpables: muesca supraorbitaria, tróclea, cresta lagrimal anterior y sutura cigomática maxilar; asimismo, la órbita está rodeada por las fosas nasales y cavidades accesorias: senos etmoidales y esfenoidales, frontal y maxilar, cuyas relaciones son importantes. La porción posterior orbitaria presenta tres aberturas, por las que pasan vasos y nervios:

1. Agujero óptico: por él pasan el nervio óptico y la arteria oftálmica.
2. Cisura orbitaria superior o esfenoidal: por ella pasan la vena oftálmica, la primera rama trigeminal, y el tercero, cuarto y sexto pares craneales.
3. Cisura orbitaria inferior: por ella salen el nervio maxilar y la arteria infraorbitaria.

Dentro del contenido orbitario se encuentran el globo ocular y el nervio óptico, los músculos oculares (cuatro rectos y dos oblicuos), la glándula lagrimal principal y accesorias, vasos y nervios, grasa y aponeurosis que se subdivide en periostio, tabique orbitario y cápsula de Tenon. Esta última envuelve al ojo y es atravesada por los órganos que se insertan en el globo ocular. Las arterias derivan de la oftálmica; las venas desembocan en las venas oftálmicas y pasan por la cisura esfenoidal hasta el seno cavernoso. Los nervios son motores: tercero, cuarto y sexto pares craneales, y sensitivos: primera y segunda rama trigeminal. El ganglio ciliar, situado en la parte externa del nervio óptico, recibe fibras motoras, sensitivas y filamentos simpáticos del tercero y quinto pares, y del plexo carotídeo respectivamente. Este último emite los nervios ciliares cortos que penetran por la parte posterior del globo ocular. La órbita no contiene vasos ni ganglios linfáticos (ver figura 2.8).

POSICIÓN DEL GLOBO OCULAR EN LA ÓRBITA

En general, se puede decir que en el ojo normal, al trazar una línea de la parte media del reborde orbitario superior al inferior, esta debe tocar la superficie de la piel palpebral en el vértice corneal; existen variaciones individuales que, si son simétricas, no tienen importancia patológica.

El desplazamiento del globo ocular es uno de los signos más importantes en las afecciones orbitarias, en las que deben diferenciarse las proptosis o exoftalmías, pseudoproptosis y enoftalmías.

Para la medición de las desviaciones oculares existe la regla milimetrada, o mejor el exoftalmómetro de Hertel, el cual se coloca en los bordes laterales de la órbita, lo que permite la visualización del vértice corneal desde enfrente del enfermo, por reflexión de un espejo colocado sobre una escala milimetrada. El valor normal entre el borde orbitario y el vértice corneal varía entre 12 y 21 mm; diferencias de más de 2 mm son sospechosas y por encima de 5 se consideran anormales (Fig.12.1).

Exoftalmía o proptosis, pseudoproptosis y enoftalmía

Estos tres conceptos son importantes al valorar una afección orbitaria. Aunque se refiere que la exoftalmía es una protrusión hacia adelante, activa o dinámica del ojo, y la proptosis una protrusión mecánica o pasiva, ambos términos, clínicamente, pueden considerarse como sinónimos. Las pseudoproptosis son falsas o aparentes protrusiones del ojo, que no reflejan una afección, y en las enoftalmías hay una retracción o hundimiento del globo en la órbita, que puede traducir o no una afección ocular.

La pseudoproptosis podemos observarla en el buftalmo, miopía axial alta, enoftalmo del ojo contralateral, retracción del ojo ipsilateral, así como en la órbita superficial que está presente en la disostosis craneofacial y en la asimetría facial.

La enoftalmía (Fig. 12.2) está presente en el hundimiento o retracción del globo en la órbita, debido a la descompresión orbitaria quirúrgica, fractura orbitaria, atrofia de la grasa periorbitaria, en el trauma y en la involución senil. La microftalmía es una anomalía congénita en la que existe una disminución de tamaño del globo en todas sus dimensiones.

Clasificación de las proptosis o exoftalmías

Teniendo en cuenta las causas, podemos clasificarlas en congénitas y del desarrollo, infecciosas, tumorales, endocrinas, traumáticas y debidas a enfermedades sistémicas.

Congénitas y del desarrollo. Son raras y dentro de ellas podemos mencionar la disostosis craneofacial (enfermedad de Cruzon), la oxicefalia o cráneo en torre, la osteocondrodistrofia o enfermedad de Morquio y otras más raras.

Infecciosas. Son afecciones frecuentes que se asocian con edema, exoftalmía y quemosis, y pueden deberse a tres mecanismos distintos: directo (herida perforante o cuerpo extraño), indirecto (metástasis durante una septicemia), y por vecindad (infección sinusal), como se observa en la celulitis orbitaria aguda, en la etmoiditis del niño, que se manifiesta por fiebre y flemón orbitario, pudiendo transformarse en un absceso si no se trata a tiempo. Cuando la sinusitis respeta el tejido orbitario, pero la pared ósea se desplaza hacia la órbita, la mucosidad sinusal forma un verdadero tumor o mucocelo, que puede desencadenar una celulitis aguda.

En el recién nacido puede observarse una osteomielitis del maxilar inferior, de origen infeccioso, que ocasiona una impregnación del suelo orbitario, con alteración general y fiebre alta. Son demostrativos el examen de las encías y del paladar; también es posible que una infección palpebral (ántrax) pueda extenderse a la órbita, con el riesgo de una tromboflebitis del seno cavernoso, de extrema gravedad.

Otras infecciones orbitarias por vecindad podemos observarlas en las úlceras corneales graves que perforan y provocan endoftalmitis, panoftalmitis, tenonitis, periostitis y osteomielitis, con el complejo sintomático de dolor, inflamación, proptosis y quemosis. Puede observarse inflamación orbitaria en la evolución de una enfermedad febril aguda como el paludismo, la fiebre tifoidea y las afecciones renales.

Tumorales. Pueden ser de tres tipos fundamentales: vasculares, secundarias y primitivas.

Lo más característico de los vasculares es el aneurisma arteriovenoso, a nivel del seno cavernoso; aumenta al gritar, al esfuerzo, y es reductible y pulsátil; generalmente se debe a trauma con fractura, debido a arma de fuego, o secundario a ruptura de un aneurisma arterial; en el seno cavernoso se produce una exoftalmía rápida, con dilatación de vasos conjuntivales, episclerales y retinianos, y con un fondo de ojo cianótico; puede existir un soplo audible por el paciente y por auscultación de la cabeza y de la órbita.

Otros tumores vasculares que pueden provocar exoftalmía son las várices orbitarias, los aneurismas y el angioma orbitario. Dentro de este grupo hay que

recordar el meningocele o meningoencefalocele por dehiscencia traumática o congénita de la pared orbitaria. En la órbita puede existir una hernia meníngea que transmite el pulso cerebral, lo que origina una exoftalmía pulsátil y reductible, que puede observarse también en la enfermedad de Recklinghausen.

Las exoftalmías secundarias se deben generalmente a metástasis de tumores malignos: los más frecuentes son los del seno, próstata, tiroides, útero, cérvix, riñón y páncreas, aunque todos los tumores malignos pueden metastizar la órbita. En los niños de corta edad, el neuroblastoma o simpaticoblastoma de médula suprarrenal o ganglios retroperitoneales es lo más frecuente; en el melanoma y sarcoma son raras las metástasis.

Las exoftalmías por tumores primitivos son una de las principales causas de exoftalmos unilaterales, cuyos signos cardinales dependerán del tamaño, posición y naturaleza del mismo; pueden ser benignos o malignos: entre los primeros tenemos el quiste dermoide, así como los gliomas, angiomas, meningiomas y neurofibroma; entre los segundos, los sarcomas, rhabdomyosarcomas, liposarcomas, mixosarcomas, sarcomas embrionarios y los carcinomas (adenocarcinoma y carcinoma o tumor mixto). En los niños, el reticulosarcoma, muy maligno, se presenta como exoftalmía inflamatoria y conduce inexorablemente a la muerte.

Existen, además, los llamados tumores invasivos de la órbita, entre los que se encuentran el meningocele o cefalocele, meningioma, mucocele, fibroma nasofaríngeo y el carcinoma de mucosa del seno.

Se describen algunas exoftalmías bilaterales que se integran dentro de una enfermedad sistémica, como son la enfermedad de Schuller-Cristian, la leucemia y la enfermedad de Hodgkin.

Endocrinas. Clínicamente presentan dos aspectos o formas: enfermedad de Graves oftálmica (EGO) o eutiroidea, cuando aparecen en un paciente sin hipertiroidismo clínicamente manifiesto, y la forma asociada a hipertiroidismo, con los clásicos signos de bocio (exoftalmía infiltrante), dedos en palillo de tambor, mixedema pretibial, taquicardia, temblor muscular, metabolismo basal elevado, mirada peculiar con retracción del párpado superior y separación entre los bordes palpebrales (signo de Dalrymple) (Fig. 12.3). Estas exoftalmías son generalmente bilaterales, pero pueden tener una aparición unilateral (Fig. 12.4).

La oftalmoplejia exoftálmica (exoftalmos tirotrófico) comienza generalmente en la edad madura, con signos insidiosos de proptosis y oftalmoplejia externa, típicamente simétrica, dividida entre los dos ojos, y caracterizada por la limitación del movimiento hacia arriba. Los músculos están tumefactos, edematosos e infiltrados, lo que da lugar a un exoftalmos irreductible, que puede originar queratitis por exposición y hasta luxación del globo ocular. El padecimiento sigue una evolución con remisiones y recaídas, pudiendo llegar a la resolución espontánea, pero raramente completa. Puede necesitarse la protección corneal (oclusión, tarsorrafia) y en los casos más graves hasta la orbitotomía descompresiva.

Traumáticas. Los traumatismos oculares por distintos agentes y por accidentes son causas frecuentes de exoftalmía. En lesiones del techo orbitario puede

producirse exposición de meninges y del lóbulo frontal que necesitan tratamiento urgente por el cirujano. En las lesiones de la pared interna puede presentarse el enfisema orbitario que aumenta al sonarse la nariz, y a la palpación hay crepitación. Pueden lesionarse los músculos oblicuos con diplopía correspondiente. En lesiones de la base o piso orbitario pueden presentarse diplopía con enoftalmía y también hematoma retrobulbar que desaparece en unos días, pero, si existiera hemofilia, la reabsorción sería más lenta.

El tratamiento consiste en no sonarse la nariz, antibióticos y cirugía.

Diagnóstico de las afecciones orbitarias

El diagnóstico se basa en la anamnesis; se descartarán la pseudoproptosis y enoftalmía; se realizará la exoftalmometría, palpación del reborde orbitario, compresión del globo ocular para determinar la reductibilidad o no, motilidad ocular, agudeza visual y si hay pulsación o soplo.

Dependiendo de cada caso, se realizarán otras exploraciones especiales, como son los rayos, la tomografía axial computadorizada, la ecografía, la resonancia magnética nuclear y la biopsia por aspiración. Se añadirán los exámenes de laboratorio necesarios.

Tratamiento

En general, el tratamiento se indicará sobre la base de la causa y la forma clínica de presentación. Puede dividirse en médico o quirúrgico. El tratamiento médico estará basado fundamentalmente en antibióticos, antiinflamatorios y corticoides. El tratamiento quirúrgico consiste en: punción y drenaje, evisceración, enucleación, exenteración orbitaria, radiaciones y orbitotomía lateral, anterior o transfrontal.