

Desequilibrios oculomotores secundarios a traumatismos orbitarios

Dr. Enrique Alemán Hurtado (*)

La pérdida de la coordinación motora es una complicación muy frecuente en el curso de las contusiones orbitarias con o sin fractura.

Las causas de estos desequilibrios musculares pueden ser:

Neurogénica

Constituyen una parálisis secundaria a la lesión de uno o varios nervios oculomotores, estas parálisis pueden ser transitorias o definitivas.

La localización de la lesión nerviosa generalmente es extraorbitaria a nivel de los trayectos intracraneales de los pares nerviosos que sufren traumatismos indirectos por el desplazamiento brusco de la masa encefálica durante el impacto. Es posible que algunas lesiones nerviosas sean atribuidas a la afeción directa de la rama nerviosa periférica vecina al lugar de la fractura. Esta patogenia puede explicar las hipofunciones selectivas en el campo del oblicuo inferior observada en las fracturas de la pared inferior de la órbita debido a que la rama nerviosa del oblicuo inferior hace su trayecto próximo al suelo de la órbita.

Mecánica

Los mecanismos pueden ser:

Por ruptura muscular directa, la acción del agente traumatizante es directa sobre el músculo, es un mecanismo extraordinariamente raro por la importante protección que la cavidad orbitaria da al globo ocular, en nuestra abundante casuística sólo-

mente hemos recibido dos casos uno que afectaba al músculo recto inferior y otro al músculo recto interno con fractura de pared orbitaria interna.

Por bloqueo de los movimientos oculares secundario a la incarceration de los tejidos dentro de la zona de la fractura, en particular de los elementos conjuntivo tenonianos y las expansiones aponeuróticas musculares, la incarceration de los músculos oculares es excepcional.

Durante el período comprendido entre 1975 a 1985, observamos 47 fracturas orbitarias, de ellas 41 correspondían a fracturas que comprometían la región maxilo malar, 4 a la fractura del reborde orbitario superior y 2 a pared interna.

Las fracturas maxilo malar se presentaron en dos formas clínicas:

Fractura aislada del suelo de la órbita (Blow out), en este tipo de fractura se observó que la elevación estaba limitada (78%) y en cambio la depresión frecuentemente estaba normal acusando el paciente diplopia en mirada hacia arriba, por lo general en este cuadro motor la maniobra de ducción forzada es normal y los movimientos oculares no son dolorosos. Dentro de esta fractura la manifestación clínica principal es la enoftalmía (84%) por el hundimiento del suelo orbitario que se produce y la frecuente lesión del globo ocular (39%) por la acción directa del agente traumatizante.

Fractura con pinching del suelo de la órbita, las alteraciones motoras en este tipo de fractura orbitaria son muy importantes y frecuentes (83%) predomina la limitación en la depresión y los movimientos oculares son muy dolorosos, la maniobra de ducción forzada es siempre positiva al intentar la supraducción. No existe enoftalmia y la lesión ocular es poco frecuente (17%).

(*) Centro Oftalmología Barraquer, Barcelona

La patogenia de esta fractura se explica por la acción del agente traumático sobre el reborde orbitario inferior que provoca un hundimiento óseo de esta zona sin fractura, transmitiendo una fuerza hacia el suelo de la órbita el cual se fractura repentinamente, pinzando los elementos aponeuróticos herniados por el aumento de la

presión orbitaria.

Puede existir un *bloqueo de los movimientos oculares secundario a un gran hematoma orbitario* que por lo general se acompaña de una exoftalmia. La existencia de un hematoma orbitario signo patognomónico de fractura orbitaria.