Revista Atalaya Medica nº 30
Pág. 67 - 70

Notas clínicas

Original entregado 31/03/2024 Aceptado 01/06/2025

LESIÓN SECUNDARIA POR ENFISEMA ORBITARIO Y SUBCONJUNTIVAL TRAUMÁTICO

Dña. Mónica Cuadrado Garcia[1] / Dr. Joan Izquierdo Alabau[2] / Dña. Maria Romero Sanz[3]
[1] Enfermera. Hospital Obispo Polanco. Teruel
[2] FEA Medicina Familiar y comunitaria. C.S Santa Eulalia del Campo
[3] FEA Oftalmología Hospital Obispo Polanco. Teruel

RESUMEN

Presentamos el caso de un varón de 44 años con enfisema orbitario y subconjuntival tras traumatismo facial, con imposibilidad de cierre palpebral y úlcera corneal por exposición. El diagnóstico se confirmó mediante tomografía y se resolvió mediante drenaje con aguja estéril. Este tipo de presentación mixta es excepcional. El tratamiento conservador permitió una evolución favorable. Se destaca la importancia del diagnóstico precoz y la prevención de aumentos de presión nasal en el seguimiento.

PALABRAS CLAVE

Enfisema orbitario, subconjuntival, traumatismo facial

ABSTRACT

We present the case of a 44-year-old male with orbital and subconjunctival emphysema following facial trauma, presenting with incomplete eyelid closure and corneal ulcer due to exposure. Diagnosis was confirmed by CT imaging and successfully treated with sterile needle decompression. This mixed presentation is extremely rare. Conservative management led to a favorable outcome. Early diagnosis and the avoidance of nasal pressure-increasing maneuvers during follow-up are essential for preventing complications.

KEYWORDS

Orbital emphysema, subconjunctival, facial trauma

INTRODUCCIÓN

El enfisema orbitario es un trastorno infrecuente que se asocia a cirugía dental u otorrinolaringológica, sinusitis o traumatismos cráneo-faciales que originan una fractura de las paredes orbitarias.

Pese a que el enfisema orbitario es una lesión relativamente poco frecuente, el enfisema subconjuntival con quemosis impidiendo el correcto cierre palpebral es extremadamente raro. Presentamos un caso de enfisema mixto, orbitario y subconjuntival.

CASO CLÍNICO

Varón de 44 años que acudió a urgencias tras sufrir un traumatismo en la región periorbitaria izquierda. La agudeza visual en su ojo izquierdo era de 8/10, PIO 18 mm de Hg y fondo de ojo dentro de la normalidad. En lámpara de hendidura se observaba crepitación subcutánea, burbujas de aire subconjutivales y queratitis de exposición con ulceración corneal por imposibilidad de cerrar correctamente los párpados. En el TC se observaba fractura de pared etmoidal y enfisema orbitario que se extendía hasta el espacio subtarsal. Se realizó drenaje del aire subconjuntival con aguja estéril tras limpieza con povidona yodada con lo que se consiguió la resolución el cuadro en 48 horas.

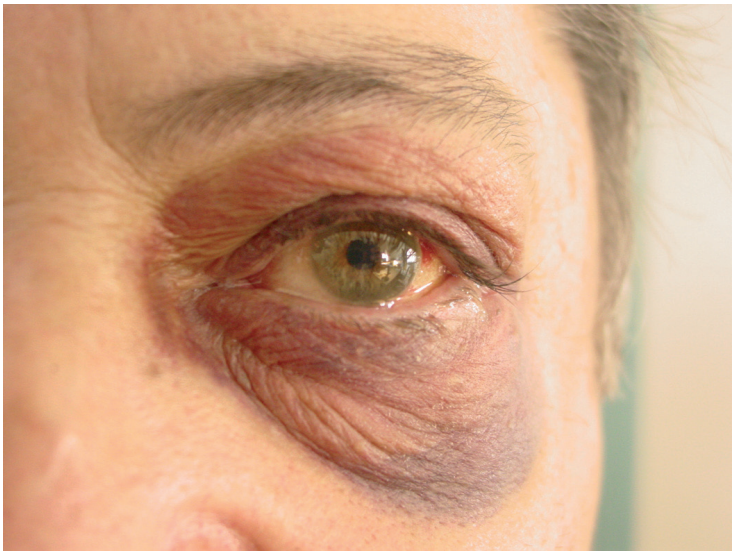

Fig. 1. Imagen de enfisema subconjuntival que impide el cierre palpebral.

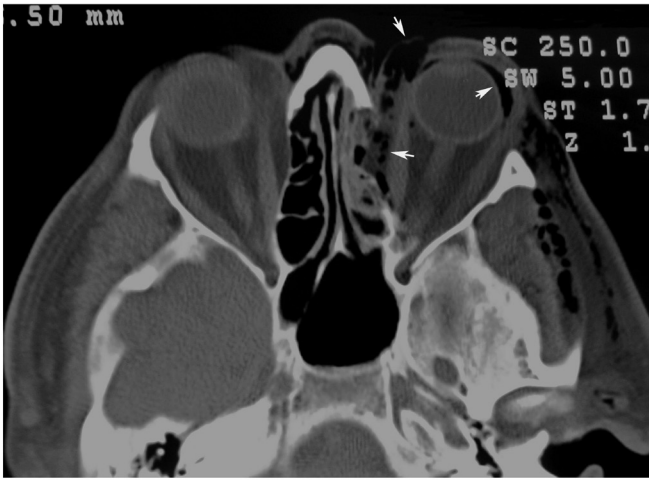

Fig. 2. Corte deTC donde se aprecia el enfisema orbitario.

Fig. 3. Resolución del caso con persistencia de hematoma.

DISCUSIÓN

Se define enfisema orbitario como la presencia de aire en la órbita[1]. Normalmente se suele producir por el paso del aire desde los senos nasales o las fosas nasales al tejido subcutáneo por la fractura de la lámina papirácea del etmoides[1–3] . Se trata de una entidad poco frecuente y puede alcanzar ocasionalmente el espacio subconjuntival produciendo enfisema subconjuntival[4].

Esta presencia de aire que se produce por comunicación de la órbita con las fosas nasales se debe mayoritariamente a un traumatismo que produce una fractura en las paredes de la órbita, pero en muchas ocasiones no es necesario un trauma previo ya que se han descrito casos producidos por iatrogenia como las intervenciones quirúrgicas, las infecciones locales e incluso de manera espontánea, aunque esto es

menos frecuente y se asocia a un aumento de presión en los senos nasales o barotruma. Cualquier cambio brusco de presión puede provocar una fractura de la lámina papirácea del etmoides produciendo un edema orbitario, lo podemos ver en viajes de avión o incluso en deportes de aventura. Para destacar este mecanismo hay que mencionar que se han descrito casos de enfisema orbitario debido a un aumento de la presión en los senos paranasales debido a una maniobra de Valsalva, un estornudo o tos[1,4].

Se ha podido observar que la fractura de la pared medial de la órbita es la causa más frecuente del enfisema orbitario. Siendo la edad media de 33 años siendo mucho más frecuente en hombres que en mujeres con una relación de incidencia de 7/1[3] (Tabla1).

CAUSA DE ENFISEMA ORBITARIO	FRECUENCIA
Fractura de pared medial de la orbita	40%
Fractura del suelo orbitario por estallido	34%
Fractura malar	11%
Fractura seno paranasal	8%
Fractura pared medial asociada a fractura piso orbita	6%
Enfisema espontaneo sin relación traumática	1%

Tabla 1. Relación de causalidad del enfisema orbitario[3].

En el enfisema orbitario según donde se encuentra el aire podemos encontrar diferentes tipos[3]:

- Subperióstico: El aire entra subperiosticamente y las estructuras periorbitarias están intactas

- Retroseptal: El aire entra a la órbita por detrás del septum orbitario empujando el globo ocular hacia fuera, el lugar de paso suele ser la lámina papirácea del etmoides

- Preseptal: este tipo rara vez ocurre consiste en aire en los parpados por fractura de los huesos lacrimales

- Combinación retroseptal y preseptal: En este caso el retroseptal atraviesa el septo orbitario e invade los tejidos preseptales.

La clínica es muy variada frecuentemente inicia con tumefacción facial, cierre palpebral y crepitación a la palpación y aunque suele tratarse de episodios benignos y autolimitados también nos podemos encontrar diplopía, dolor ocular e incluso la perdida completa de visión o un simple edema palpebral[1,4].

Para poder realizar un buen diagnóstico diferencial tenemos que tener la sospecha clínica adecuada y realizar una correcta valoración sobre la movilidad y la agudeza visual incluyendo palpación facial y de la órbita. Deberemos valorar las principales causas como traumatismo, infecciones, yatrogénicas o tumorales por lo que se deberá realizar una exploración física completa tomando especialmente atención en la exploración otorrinolaringológica. Los pacientes que presentan epistaxis tras un traumatismo seguido de enfisema orbitario que se objetiva tras una maniobra de Valsalva es patognomónica de lesión en la lámina papirácea del etmoides. Los casos de enfisema subconjuntival son raros, pero especialmente asociados a herramientas de aire comprimido o al uso de técnicas de ventilación con presión positiva como CPAP por lo que en casos donde el aire alcanza el espacio subconjuntival debe considerarse una urgencia siempre que impida el cierre palpebral[1,4].

Como método diagnóstico la radiografía convencional nos permite diagnosticar el enfisema y la localización de la fractura en el 70% de los casos teniendo que recurrir al TC de orbita en pocas ocasiones o cuando queramos precisar la cantidad de enfisema[1.]

En cuanto al tratamiento en la mayoría de los casos se resuelve de forma espontánea en las primeras 24-48 horas, esto no quiero decir que tengamos que olvidarnos del cuadro ya que

en ocasiones el edema de orbita puede evolucionar hasta una isquemia de la arteria central de la retina o un síndrome compartimental con neuritis y pérdida de visión bien por la compresión arterial o por infección por entrada de microorganismos[1,2].

En estos casos graves se plantea la evacuación del aire mediante punción sobre todo en los enfisemas subconjuntivales donde además deberemos aportar lubricantes oculares y proteger con apósito húmedo.

Como recomendación para estos pacientes siempre e importante evitar el Valsalva y valorar incluir tratamiento con corticoide a altas dosis, antibioterapia si la herida es sucia presentamos antecedentes de sinusitis o el paciente esta inmunodeprimido. En ocasiones también habría que recurrir a cantolisis o cantotomía[1,4].

CONCLUSIÓN

- En las lesiones orbitarias traumáticas con un componente inflamatorio pero en ausencia de atrapamiento muscular o síndrome orbitario compartimental, podemos evitar tratamientos quirúrgicos como la descompresión orbitaria y en estos casos aplicar un tratamiento conservador

- En este caso el drenaje con aguja del enfisema fue suficiente para que el paciente recuperase la función palpebral. En el seguimiento de estos pacientes es importante evitar maniobras que impliquen aumento de presión nasal como sonarse, toser, estornudar, y maniobras de Valsalva.

BIBLIOGRAFIA

1. Navarro-Mingorance A, Reyes-Dominguez SB, León-León MC. Enfisema orbitario pediátrico secundario a disparo con pistola de aire comprimido: a propósito de un caso. Arch Soc Esp Oftalmol. septiembre de 2014;89(9):373-5.

2. Invêncio Da Costa LF, Neagu D, García Carreira MB. Enfisema subcutáneo orbitario espontáneo. Acta Otorrinolaringológica Esp. marzo de 2021;72(2):131-2.

3. Muñoz G S, Ríos B R, Rodríguez O M, Palma D C, Zúñiga G P. Enfisema orbitario espontáneo tras la maniobra de Valsalva. Rev Médica Chile. febrero de 2015;143(2):257-61.

4. Solanas-Álava S, Rodríguez-Marco A, Artigas-Martín JM, Fernández-Larripa S. Enfisemas orbitarios: hallazgos radiológicos y oftalmológicos. EMERGENCIAS. 2017;(29):122-5.