

Diplopia en urgencias

Jorgelina Rapelli, Marta Obiols, Marc Meseguer, Grisel.la Subirà, Ana Rodríguez, Gema Moratalla
 Servei d'Urgències. Hospital Sant Joan de Déu. Althaia. Manresa.

CORRESPONDÈNCIA

Nom de l'autor: Jorgelina Rapelli Lloc de treball: Hospital Sant Joan de Déu. Althaia
 mail: jorgelinar@hotmail.com

Data recepció 26.10.2014 Data acceptació 20.11.2014

Forma de citació: Rapelli J, Obiols M, Meseguer M, Subirà G, Rodríguez A, Moratalla G.
Diplopia en urgencias. ReMUE.c@t 2015;2(1):45-47

Available at http://www.remue.cat/view_document.php?tpd=2&i=4935

Motivo de consulta

Varón con diplopía de 5 días de evolución.

Antecedentes personales

FRCV: HTA
 EPOC en tratamiento corticoides inhalados y broncodilatadores

Enfermedad actual

Derivado desde urgencias oftalmológicas, donde consulta por clínica progresiva de mareo y diplopía de 5 días de evolución. NO fiebre.

Valoración oftalmológica

Exploración **clara limitación a la Adducción de ojo derecho**, ligera hiperemia nasal derecha.

PIO OD 15 mmHg fondo de ojo – mácula sin hallazgos.

Se descarta patológica oftálmica y se deriva a urgencias médicas para completar estudio de **diplopia binocular**.

A la historia clínica, el paciente había sido valorado, 3 semanas antes, por celulitis periorbitaria de ojo derecho. Presentaba imposibilidad a la apertura ocular, sin puerta de entrada aparente, con estabilidad clínica y hemodinámica.

Pautado tratamiento con amoxicilina-clavulánico por 10 días + antiinflamatorios. Según indica, ha realizado tratamiento antibiótico correcto, con control progresivo del proceso inflamatorio local periorbitario

Exploración física

En urgencias: tendencia a la HTA, FC 60x' Tº 36;6°C

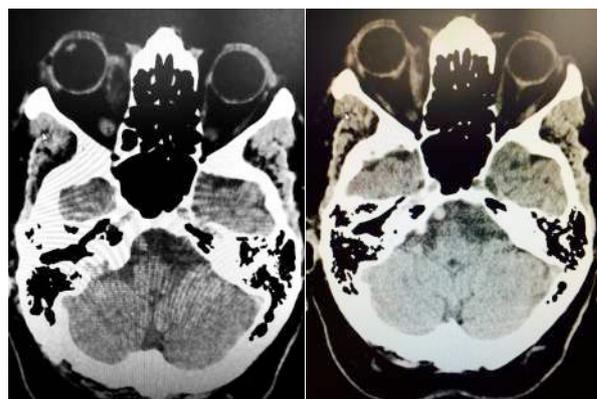
Mínima Hiperemia conjuntival nasal de ojo derecho, leve ptosis palpebral, niega dolor ocular, ni periorbitario, pupilas simétricas, reactivas, se constata limitación a la adducción de la mirada en ojo derecho. Cavidad oral: faltan algunas piezas dentarias, pero sin signos sépticos locales, no signos de infección de vías aéreas superiores. Resto de exploración neurológica normal.

Pruebas complementarias

-Analítica: leucos 5300 (N 58,8%) plaquetas 192000, Hemostasia correcta

Bioquímica: glic 96mg/dl creat 0,97mg/dl FG 77 Na 138mmol/L K 3,9 PCR 1,1

-TAC craneal: A nivel anterointerno de orbita derecha, se observa aumento de partes blandas de morfología pseudonodular de unos 2 cm. Y en contacto con El recto interno. Post contraste EV: imagen hipodensa más posterior, con captación anular de 15x11 mm. **Estos hallazgos sugieren como primera opción diagnóstica una celulitis periorbitaria en proceso de colección.**



Se contacta con servicio maxilo facial de Hospital de Vall Hebron y se decide iniciar tratamiento biterapia (clindamicina + levofloxacin) + Corticoides + AINES. Y derivar para valoración.

Diagnósticos diferenciales

De las causas que implican afectación del III par, dentro de las lesiones compresivas, se debe pensar en el aneurisma intracraneal, así como las lesiones microvasculares, secundarias a la diabetes mellitus e hipertensión arterial.

-Diplopía por cataratas (más frecuente posterior a su cirugía)

-Orbitopatía tiroidea, donde el compromiso muscular es generalmente bilateral, (puede ser marcadamente asimétrico). Causa restricción a los movimientos oculares. Habitualmente se acompaña de exoftalmos, con hiperemia en la inserción de los músculos oculares.

-Miastenia grave, puede presentarse a cualquier edad, siendo mas frecuente en mujeres jóvenes y varones mayores de 50 años. Cuyos síntomas en un 50% comienzan con fatigabilidad oculomotora. (9)

-Síndrome del seno cavernoso: Se caracteriza por compromiso de la combinación de los nervios que pasan por el seno cavernoso (III-IV-VI, primera y segunda rama del trigémino y la vía simpática). Entre estas causas están la apoplejía hipofisiaria, trombosis del seno cavernoso, fístula carótido cavernosa, aneurisma e infecciones (por ejemplo TBC) e inflamación idiopática (síndrome de Tolosa Hunt)

-Arteritis de células gigantes (por isquemia de los músculos extraoculares, en pacientes >50 años y con síntomas sistémicos)

-Trastorno de las vías centrales: oftalmoplejía internuclear - esclerosis múltiple.

Evolución

En Hospital Vall Hebron se mantiene ingresado por 10 días, bajo tratamiento EV. Se decide no resolución quirúrgica por buena respuesta e involución por imágenes de TAC. No es posible aislar germen.

Diagnóstico final

Absceso orbitario de ojo derecho secundario a celulitis periorbitaria

Discusión

La diplopía binocular, (75% de las causas de diplopía) es la visión doble al mirar con los dos ojos. Se debe al desajuste en el movimiento conjugado de ambos. Al tapar el ojo sano desaparece la diplopía, y proviene de de la

afectación de pares craneales oculomotores (III – IV – VI)

El III par: Inerva Recto int., Recto y oblicuo inf, elevador del párpado superior y constrictor de la pupila (fundamental buscar afectación de la motilidad pupilar, ya que indica compresión extrínseca del nervio). Su parálisis provoca diplopía horizontal, ptosis palpebral, midriasis y desviación externa del ojo.

En el caso presentado, la clínica primaria y que precede al cuadro de diplopía fue la celulitis periorbitaria o preseptal, que es la infección del tejido subcutáneo anterior al septo orbitario. El predominio bacteriano, depende de la puerta de entrada. (Dentaria, oculo-lagrimal, sinusal, traumática-cutánea)

En caso de traumatismo, picadura de insecto, o infección de la piel, S. aureus y S. pyogenes son los agentes más importantes. En la infección dental debe incluirse flora anaerobia, (bacteroides, fusobacterium). Origen sinusal, S. aereus, S. pyogenes, haemophilus influenzae, S. neumoniae y anaerobios.

Clínicamente es importante distinguir entre infecciones localizadas únicamente en el espacio preseptal o infecciones que afectan propiamente a la órbita.

La celulitis orbitaria, implica afectación de la órbita en si misma, y clínicamente puede acompañarse de dolor, disminución de la agudeza visual, afectación de la MOE, defecto pupilas aferente, proptosis y edema del nervio óptico.

El absceso orbitario, forma parte del IV grupo de la clasificación anatómica de la celulitis orbitaria (distintos estadios clínicos de un mismo proceso, clasificación de Chandel) que puede agravarse produciendo flebitis o trombosis del seno cavernoso.

Conclusión

En la práctica médica, no es frecuente las complicaciones del caso presentado. Tal como evidencia la literatura, la gran mayoría de casos reportados son en edad pediátrica y en su mayoría, secundarias a complicaciones de sinusitis paranasales. En adultos se ha presentado en relación a la diseminación por infecciones a nivel odontológico.

El estudio por imagen TAC o RM con contraste EV, esta indicado en todos los casos de infección orbitaria y en aquellos casos de celulitis preseptal en los que se sospecha afectación orbitaria.

La celulitis periorbitaria se diagnostica en base a la presencia de signos inflamatorios en área preseptal. El problema radica cuando estos signos son muy manifiestos y el edema palpebral

no permite una apropiada exploración del globo ocular, con la posibilidad de no diferenciar una celulitis con afección orbitaria.

La duración del tratamiento generalmente son 2-3 semanas, y requiere ingreso hospitalario para pauta EV + exploración diaria de la función visual. No existe un consenso respecto al momento que el paciente debe ser tratado quirúrgicamente, la mayoría propone drenaje cuando el absceso intraorbitario es amplio y bien definido, en caso de oftalmoplegía y deterioro significativo de la agudeza visual, en presencia de absceso subperióstio o cuando el rendimiento del esquema terapéutico es inútil después de 24-36 horas. (7)

Bibliografía

1. Infecciones orofaciales – celulitis maxilofaciales – Med oral pat, Cir Bucal 2004;9 Suppl; S126-38.
2. Rev. Otorrinolaringol. Cir Cabeza Cuello 2009; 69: 145-152 – Absceso

- subperiostio y síndrome del vértice orbitario.
3. Rev Cent dermatol Pascual Vol 12, Nm 2 May-agos 2003, Medina D y col, Celulitis periorbitaria.
4. Pediatría integral 2014 XVIII (2) 108-114
5. Diplopia binocular progresiva – Rev Med clin (Barc) 2013;141. e11
6. Manual neurológico para el manejo integral del paciente -2008.
7. Starkey CR, Steel RW medical Management of orbital cellulitis Pediat infect Disc 2001; 20
8. Miastenia grave: diagnostico y tratamiento, Rev Jano medicina y hum vol 62Nº1422-08-15