

Complicaciones en la motilidad palpebral secundarias a traumatismos orbitarios

Dr. Enrique Alemán Hurtado (*)

Los traumatismos órbito-oculares representan el 0,5% del total de los traumatismos corporales, la frecuencia creciente de los accidentes de automóviles explica el incremento de los traumatismos faciales.

En el período comprendido entre 1975 a 1985 estudiamos en el Centro Oftalmológico Barraquer a un conjunto de traumatismos orbitarios con complicación palpebral que clínicamente diagnosticamos de:

Contusión orbitaria en 90 pacientes, los cuales presentaron como signo principal edema y hematoma palpebral de grado diverso, siendo por regla general la regresión simple, en algunos casos persistió una ligera ptosis que desapareció antes de 1 mes.

En 10 pacientes se observó la existencia de una ptosis secundaria permanente pasados seis meses de la contusión, siendo las causas:

La desinserción de los fascículos aponeuróticos del músculo elevador en cuatro pacientes, incidiendo especialmente con la contusión del borde orbitario superior en su tercio interno. Únicamente se observó la presencia de un tejido conectivo conjuntival que surge por detrás del reborde libre del párpado superior al intentar levantar el párpado; la ptosis es importante y existe una ausencia total de función en el músculo elevador.

Por lesión directa de la rama superior del III Par por afección neurológica se supone existió en seis

pacientes en los cuales no se apreció ninguna lesión palpebral que explique la ptosis que fue de grado variable, existiendo en todos los casos una hipofunción del músculo elevador del párpado.

Heridas palpebrales sin pérdida de sustancia, para este estudio las clasificamos en:

Heridas superficiales (afectan el plano cutáneo orbicular) las observamos en 37 pacientes y la conducta quirúrgica depende de la dirección de la herida. Cuando está en dirección horizontal (plano paralelo al pliegue cutáneo) la restitución muscular no es necesaria, debe suturarse la piel directamente con puntos separados de seda 7/0.

Si la dirección es vertical (plano perpendicular a la dirección de las fibras musculares y a los pliegues cutáneos) la reposición muscular es indispensable utilizando una sutura reabsorbible de 6/0. La piel es suturada independientemente con puntos sueltos de seda 7/0.

Heridas profundas (afectan el plano tarsal y conjuntival) recibimos 21 pacientes en esta situación y en todos existía la interrupción del borde libre palpebral.

La conducta quirúrgica en estas heridas palpebrales no complicadas está muy tipificada: la importancia del cierre por planos y la necesidad de material de sutura fino.

La técnica utilizada es la reposición en tres planos; la sutura debe iniciarse en el reborde palpebral, dando un punto a nivel de la línea gris y otro a nivel de la línea de las pestañas.

El plano tarsoconjuntival se cierra con puntos sueltos de material reabsorbible de 7/0, los nudos deben realizarse en la superficie anterior. El plano muscular se cierra mediante otros puntos sueltos de material reabsorbible de 6/0, y el plano cutáneo se sutura separadamente con seda de 6/0. Algunas heridas profundas no complicadas de los párpados producen lesiones por desgarro, en estas circunstancias es necesario alinear los bordes de los desgarros tarsal y cutáneo sacrificando tan poco tarso como sea posible.

Arrancamiento y avulsión palpebral
tratamos dos pacientes provocados uno por accidente de circulación y otro por mordedura de un perro. El factor más importante en la reconstrucción de estas heridas es la identificación del muñón del tendón comisural. El tendón comisural debe reinsertarse por dentro del reborde orbitario y no en el reborde orbitario, para obtener una buena tensión palpebral y la sutura se realiza con material de sutura no reabsorbible o alambre fino del número 30.