

ENOFTALMOS UNILATERAL POR VÁRICE ORBITARIA

RICARDO J. SMITH, NATALIA S. BALBO, MARÍA J. LAHOZ IBACETA

Instituto de Oftalmología Mostaza Sánchez, Córdoba, Argentina

Resumen El enoftalmos es un motivo de consulta poco frecuente en la práctica médica. La mayor parte de los casos se debe a un aumento de la cavidad ósea orbitaria de origen traumático. Presentamos el caso de una mujer de 63 años que consultó por enoftalmos progresivo de su ojo izquierdo, de doce años de evolución. El examen oftalmológico reveló la presencia de un marcado enoftalmos del lado izquierdo, que mejoraba notablemente con maniobras de Valsalva. Una tomografía computarizada y una resonancia magnética de la órbita permitieron diagnosticar una várice orbitaria no complicada. Las várices orbitarias son infrecuentes y por lo general se manifiestan por episodios de exoftalmos intermitente. Sin embargo, en raras ocasiones, la distensión y colapso repetidos pueden llevar a un enoftalmos progresivo por atrofia de la grasa orbitaria.

Palabras clave: enoftalmos, atrofia grasa orbitaria, várice orbitaria, trauma orbitario

Abstract *Enophthalmos secondary to an orbital varix.* The enophthalmos is a rare cause of consultation in medical practice. The majority of cases are due to orbital space enlargement of traumatic origin. We report the case of a 63 year old patient with progressive enophthalmos of the left eye, with twelve years of evolution. Ophthalmologic examination revealed the presence of a marked enophthalmos on the left side, which improved significantly with Valsalva maneuvers. A CT scan and an MRI of the orbit allowed diagnosing uncomplicated orbital varices. Orbital varices are rare and usually manifest by episodes of intermittent exophthalmos. However, on rare occasions, repeated distension and collapse can lead to progressive enophthalmos by orbital fat atrophy.

Key words: enophthalmos, orbital fat atrophy, orbital varix, orbital trauma

Enoftalmos es el desplazamiento del globo ocular hacia atrás, en el interior de la cavidad orbitaria. Este desplazamiento del ojo se acompaña de una profundización del surco palpebral superior, una disminución de la apertura palpebral y en algunos casos de lagoftalmos¹. Es importante diferenciar entre los casos de pseudoenoftalmos (*ptisis bulbi*, microftalmia, proptosis contralateral, síndrome de Horner, etc.) y los casos de enoftalmos verdadero. El enoftalmos real es un cuadro raro, por lo general unilateral, y en la mayor parte de los casos postraumático. Describimos aquí el caso de una paciente que se presentó a la consulta por enoftalmos progresivo debido a una várice orbitaria no complicada. Hicimos una revisión de los diagnósticos diferenciales y las diferentes opciones terapéuticas existentes.

Caso clínico

Una mujer de 63 años consultó por enoftalmos unilateral progresivo del ojo izquierdo de 12 años de evolución. Refería que en los últimos meses le habían diagnosticado linfangioma

y que le estaban realizando inyecciones de triamcinolona peribulbar sin resultado alguno. No presentaba antecedentes de traumatismo ocular u orbitario. Describía episodios repetidos de dolor ocular punzante y congestión conjuntival desde los 18 años de edad. Con el pasar de los años, observó también proptosis asociada a esos episodios, y que los mismos se desencadenaban al agacharse. Refería además que el dolor, la congestión y la proptosis desaparecían lentamente luego de retomar la posición de pie. Al examen, la agudeza visual era de 7/10 con corrección en ojo derecho y de 8/10 con el ojo izquierdo. A la biomicroscopia se detectó una catarata nuclear dos cruces en ambos ojos, estando el resto dentro de límites de normalidad. La motilidad ocular estaba conservada y el examen del fondo de ojo era normal en ambos ojos. Se observó un enoftalmos marcado y una profundización del surco palpebral superior en el lado izquierdo que mejoraba notablemente con maniobras de Valsalva (Fig. 1A y B). La presión ocular era normal en ambos ojos antes y después de la misma. Una tomografía computarizada previamente realizada mostraba el enoftalmos y la presencia de una masa heterogénea densa e irregular retrobulbar, localizada en el cuadrante superonasal de la órbita izquierda que medía 15 mm de diámetro (Fig. 2A). Basándose principalmente en la clínica se sospechó várice orbitaria, por lo cual se solicitó una resonancia magnética en decúbito prono. Dicho estudio reveló una lesión hipointensa en T1 e hiperintensa en T2 intraconal y extraconal localizada en el cuadrante superonasal de la órbita izquierda que desplazaba el ojo hacia adelante en la órbita (Fig. 2B). Se diagnosticó várice orbitaria no complicada y luego de discutir las posibles opciones terapéuticas, se decidió conducta expectante.

Recibido: 15-III-2013

Aceptado: 17-V-2013

Dirección postal: Dr. Ricardo J. Smith, Instituto de Oftalmología Mostaza Sánchez, Caseros 636, 5000 Córdoba, Argentina
Fax: (54-351) 4232312 e-mail: dr.smithricardo@gmail.com

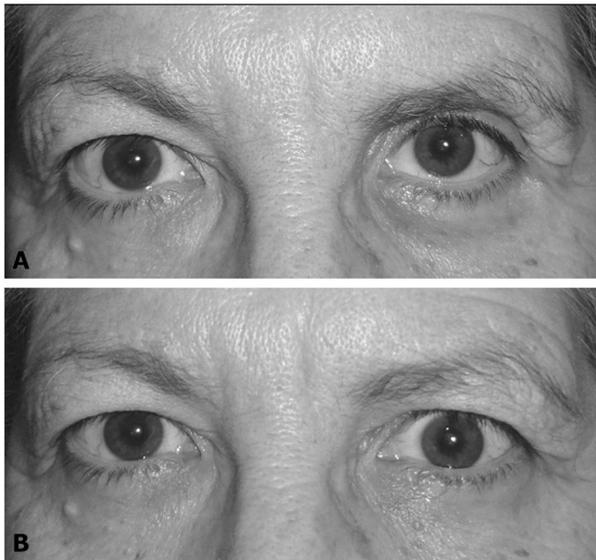


Fig. 1.— Enoftalmos y profundización del surco palpebral superior del lado izquierdo. A: antes de maniobra de Valsalva; B: marcada mejoría luego de dicha maniobra.

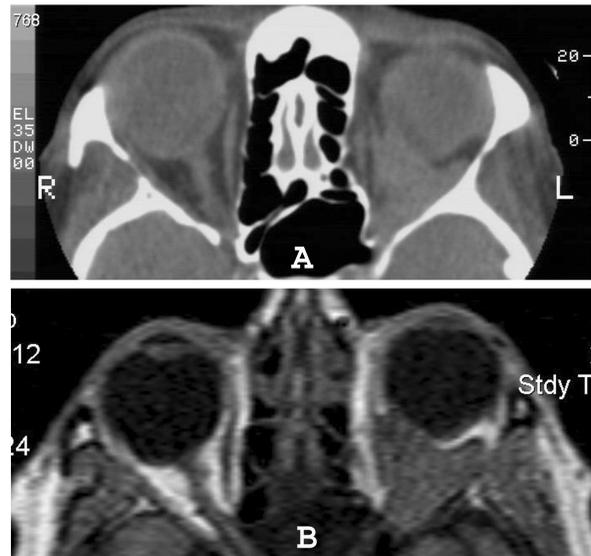


Fig. 2.— A: Tomografía computarizada de la órbita en decúbito supino que muestra el enoftalmos del ojo izquierdo y la presencia de una masa heterogénea densa e irregular retrobulbar. B: Resonancia magnética de la órbita llevada a cabo en decúbito prono que revela una lesión intraconal y extraconal que desplazaba el ojo hacia adelante en la órbita.

Discusión

El enoftalmos verdadero se produce como consecuencia de un cambio en la relación volumétrica entre la cavidad rígida de la órbita (las paredes óseas) y su contenido (la grasa orbitaria, los músculos extraoculares y el globo ocular principalmente). La expansión de la cavidad ósea orbitaria constituye la causa más frecuente de enoftalmos verdadero en la práctica médica, y ella puede ser debida a una fractura traumática de alguna de las paredes de la órbita, a una atelectasia progresiva del seno maxilar (síndrome del seno silente) o a una hemiatrofia facial progresiva (síndrome de Parry Romberg). Por otro lado y con menor frecuencia, la reducción del contenido de la órbita puede ser responsable de un enoftalmos verdadero. La disminución del contenido de la órbita puede deberse a una fibrosis y contracción de los tejidos orbitarios como en el caso de las metástasis orbitarias, o a una atrofia de la grasa orbitaria relacionada a la edad, por várices orbitarias, o por radioterapia².

Las várices orbitarias son anomalías venosas de bajo flujo, baja presión y distensibles, que se comunican directamente con el sistema venoso orbitario normal. Estas lesiones afectan con mayor frecuencia la vena oftálmica superior aunque pueden afectar la vena oftálmica inferior o ambas³. Las várices orbitarias pueden ser congénitas o adquiridas, secundarias en este último caso, a traumatismos o fístulas carotídeo cavernosas⁴.

La libre comunicación de estas lesiones con la circulación venosa orbitaria determina una distensión

abrupta de las mismas cuando ocurre un aumento de la presión venosa por maniobras de Valsalva. Así, los pacientes con várices orbitarias, presentan episodios de dolor retro-ocular, proptosis y, en algunos casos, diplopía de corta duración, desencadenados por cambios posturales, vómitos, tos, etc. Los cambios sucesivos en el volumen de las várices orbitarias llevan en algunas ocasiones a la aparición de enoftalmos debido a la atrofia progresiva del tejido adiposo orbitario, como en nuestro caso.

Ocasionalmente, las várices orbitarias pueden complicarse con una trombosis, una hemorragia e inclusive con un síndrome compartimental con el consiguiente riesgo de pérdida visual por neuropatía óptica⁵⁻⁷.

El manejo de las varices orbitarias es en general conservador, sin embargo, cuando existe una trombosis, hemorragias repetidas, neuropatía óptica compresiva o una alteración cosmética inaceptable para el paciente, una intervención se hace necesaria. No existe un consenso acerca del tratamiento ideal para estos casos; la resección quirúrgica directa suele ser poco efectiva ya que las hemorragias y el colapso de los vasos venosos afectados durante el procedimiento dificultan la total resección de la lesión⁸.

La embolización de las várices orbitarias utilizando *microcoils* o sustancias esclerosantes antes de la cirugía, permiten identificar y resecar con mayor facilidad y seguridad la totalidad de estas lesiones⁹⁻¹³. Si bien estos son los procedimientos elegidos actualmente, es importante

destacar que la embolización de vasos venosos en la región orbitaria puede acompañarse de una inadvertida embolización de vasos arteriales con el consiguiente riesgo de pérdida visual definitiva¹⁴. En nuestro caso, luego de discutir con la paciente los riesgos y beneficios de una intervención quirúrgica, se decidió mantener una conducta conservadora.

Las várices orbitarias son poco frecuentes y se manifiestan por lo general por episodios de proptosis aguda desencadenados por aumentos en la presión venosa. Solo en raros casos estas lesiones pueden causar enoftalmos progresivo; sin embargo, las várices orbitarias deben ser tenidas en cuenta en el diagnóstico diferencial en los pacientes con enoftalmos verdadero adquirido.

Conflictos de interés: Ninguno a declarar.

Bibliografía

1. Cline RA, Rootman J. Enophthalmos: a clinical review. *Ophthalmology* 1984; 91: 229-37.
2. Rootman J, Marotta TR, Graeb DA. Vascular lesions. In: Rootman J, ed. Diseases of the orbit. A multidisciplinary approach, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2002, p 517-22.
3. Hamedani M, Pournaras JA, Goldblum D. Diagnosis and management of enophthalmos. *Surv Ophthalmol* 2007; 52: 457-73.
4. Wright JE, Sullivan TJ, Garner A, Wulc AE, Moseley IF. Orbital venous anomalies. *Ophthalmology* 1997; 104: 905-13.
5. Bullock JD, Goldberg SH, Connelly PJ. Orbital varix thrombosis. *Ophthalmology* 1990; 97: 251-6.
6. Kim YJ, Kim YD. Orbital venous anomaly presenting with orbital hemorrhage. *Jpn J Ophthalmol* 2009; 53: 408-13.
7. Anegawa S, Hayashi T, Torigoe R, Harada K, Sakae T. Orbital varix presenting orbital apex syndrome. *No Shinkei Geka* 1995; 23: 175-9.
8. Andrew Lee. Vascular Malformations and Tumors of Blood Vessels. In: Miller NR, Newman NJ, Biouesse V, Kerrison JB eds. Walsh and Hoyt's Clinical Neuro-Ophthalmology, 6th ed. 2005 Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2005, p 2297-331.
9. Takechi A, Uozumi T, Kiya K, et al. Embolisation of orbital varix. *Neuroradiology* 1994; 36: 487-9.
10. Mavilio N, Pau A, Pisani R, Casasco A, Rosa M. Embolisation of orbital varix via the superficial temporal vein. *Interv Neuroradiol* 2000; 6: 137-40.
11. Weill A, Cognard C, Castaings L, Robert G, Moret J. Embolization of an orbital varix after surgical exposure. *Am J Neuroradiol* 1998; 1: 921-3.
12. Tsai AS, Fong KS, Lim W, Al Jajeh I, Chuah CT, Rootman J. Bilateral orbital varices: an approach to management. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 2008; 24: 486-8.
13. Couch SM, Garrity JA, Cameron JD, Cloft HJ. Embolization of orbital varices with N-butyl cyanoacrylate as an aid in surgical excision: results of 4 cases with histopathologic examination. *J Ophthalmol* 2009; 148: 614-8.
14. Hwang CS, Lee S, Yen MT. Optic neuropathy following endovascular coiling of an orbital varix. *Orbit* 2012; 31: 418-9.

De todas las máquinas que ha construido el hombre, la más interesante es, a mi juicio, el reloj, artefacto específicamente humano, que la mera animalidad no hubiera inventado nunca. El llamado *homo faber* no sería realmente *homo* si no hubiera fabricado relojes. Y en verdad, tampoco importa mucho que los fabrique; basta con que los use: menos todavía: basta con que los necesite. Porque el hombre es el animal que mide su tiempo.

Antonio Machado (1875-1939)

Juan de Mairena II (1943). 4ta. Edición. Buenos Aires: Losada, 1968. Capítulo XI, p 9