

Revista Médica de Bogotá

PUBLICACION MENSUAL

DIRECCION

DRS. JOSE M. MONTOYA - JULIO MANRIQUE - GONZALO ESGUERRA GOMEZ
AGUSTIN ARANGO Y DARIO CADENA

Vol. XLIV | Bogotá-Colombia, S. A. Octubre.-Noviembre. de 1934 | No. 518

COMPLICACIONES OCULARES DE ORIGEN SINUSIAL

Por el Dr. Arturo Arboleda.

Se presentó a mi consultorio un enfermo que se quejaba de una ptosis del párpado superior derecho y de una sensación de vértigo, desde hacía tres días. Trátase de un hombre de 64 años, bien formado, sin antecedentes hereditarios importantes y que decía que nunca había estado enfermo, excepto frecuentes trastornos hepáticos y un traumatismo hace dos años, en que una gran cantidad de tierra cayó encima de él dejándolo sepultado por unos minutos. Insistentemente interrogado por antecedentes específicos o venéreos, no dió informes.

Se ve al examinarlo, una ptosis bastante marcada del párpado superior derecho, el globo ocular se ve normal, su visión y fondo de ojo son normales. Hay una diplopía homónima y vertical que demuestra una parálisis de la abducción y de los movimientos de descenso del globo, que al estudiar la proyección de la falsa imagen con un vidrio rojo hace ver una deficiencia en los movimientos del oblicuo mayor de ese mismo ojo.

Dada la ausencia de antecedentes específicos examiné cuidadosamente los senos de la cara. El enfermo no ha tenido ningún dolor en la región de la órbita, que es indolora a la palpación y percusión. Al examen de las fosas nasales y la transiluminación de la cara no muestran nada que pueda inducir a pensar en una lesión de los senos frontales y maxilares. Llamándonos la atención de que la parálisis afectara los músculos de inervación diferente como el relevador del párpado y el oblicuo mayor, pensamos en que se pudiera tratar de un proceso inflamatorio que pudiera afectar al III y IV par en puntos donde pasan cerca el uno del otro, como la hendidura esfenoidal o la parte superior de la órbita, y ordenamos una radiografía y una reacción de Wassermann, que resultó negativa.

Al examen radiográfico se ve una pequeña opacidad del seno frontal derecho y unos puntitos de descalcificación de la tabla del frontal en la vecindad del seno.

Este aspecto radiográfico nos hizo pensar en que la lesión se hallaba en el seno frontal, aunque no se veía pus en el meato, ni en el infundíbulo, y que tal vez se trataba de un proceso inflamatorio no supurado, cuyo origen supusimos específico a pesar de la ausencia de antecedentes y de la Wassermann negativa. Prescribimos unas pulverizaciones con aceite mentolado e instituímos un tratamiento por el cianuro de Hg. Durante los cuatro primeros días aplicamos en el meato y en el infundíbulo, una vez al día, tapones de algodón impregnado de cocaína con adrenalina, que al producir una constricción de la mucosa nasal, facilitaban el desagüe de cualquier secreción que pudiera estar depositada en el seno; y así se declaró por unos dos días una fuerte secreción nasal no purulenta.

A las dos semanas de aplicar diariamente 0,01 centigramos de cianuro de Hg. la ptosis y la diplopía habían desaparecido y el aspecto radiográfico del seno frontal era más claro.

Esta pequeña observación nos muestra la importancia de las afecciones de los senos en las lesiones orbitarias y oculares, y la necesidad del minucioso examen de los senos de la cara en las afecciones oculares; y tener en cuenta lo que dice el Profesor Terrien (lección del 26 de enero de 1934. *Clinic et Laboratoire*, número 15 de junio), que cita Terson, quien propuso designar estos senos con el nombre de periorbitario. El frontal constituiría el seno supraorbitario; el maxilar, el infraorbitario, y el esfenoidal, el retraorbitario.

Esto explica la frecuencia relativa de las complicaciones orbito-oculares en las afecciones sinusiales por la relación íntima de esas cavidades con la órbita que rodea por completo; por las dehiscencias frecuentes de las paredes óseas que separan estas cavidades de la órbita, y por sus más comunicaciones que vienen a rodear la órbita por todos lados; pues hacia abajo está el seno maxilar cuya pared superior constituye el piso de la órbita. Por dentro y por arriba está el seno frontal cuya pared inferior está constituida casi totalmente por la bóveda de la órbita y cuya parte más interna forma la bóveda de las células etmoidales. Por dentro se ven las células etmoidales anteriores y posteriores que sólo están separadas de la órbita por el hueso plano del etmoides hacia atrás, que forma la mayor parte de la pared interna de la órbita. Finalmente por atrás está el seno esfenoidal. Así se comprende que una sinusitis frontal, o alguna otra lesión de las paredes del seno, pueden producir trastornos de la motilidad del globo ocular.

Dadas las relaciones de la polea de reflexión del músculo oblicuo mayor del ojo con la pared superior e interna de la órbita, se comprende que las afecciones sinusiales frontales pueden producir una parésia del oblicuo como en el caso presente.

Por debajo de la órbita el seno maxilar está en relación con las muelas, que en algunos casos penetran en el seno, constituyendo causas de infección, de modo que este seno puede infectarse por vía alveo-

lar o por la nariz. Por arriba el antro forma el piso de la órbita, lo que explica la periostitis y flegmones orbitarios consecutivos o sinusitis maxilares, caracterizada especialmente por dolores en la región del infraorbitario, exoftalmía, flegmones, etc.

El seno esfenoidal, por su situación, produce sobre todo complicaciones visuales nerviosas que se manifiestan por trastornos visuales, por lo que el seno esfenoidal por intermedio de la pequeña ala del esfenoides tiene relaciones con el nervio óptico y con la hendidura esfenoidal por donde pasan los tres nervios motores del ojo y el oftálmico de Willis. Bien sabidos son los beneficios obtenidos en muchas neuritis ópticas de origen sinusal con la trepanación del seno esfenoidal, hoy tan facilitada y reglada por los procedimientos e instrumental de Segura. Como se ve, del mencionado doctor Terrien, estas complicaciones oculares de la sinusitis pueden revestir formas múltiples y sumamente graves, produciendo muchas veces la ceguera y a veces también la muerte, al igual que después de una tromboflebitis orbitaria.

Conviene, pues, pensar siempre en su posibilidad para poderla prevenir mediante una intervención rápida, ya sea quirúrgica o médica, como en el caso relatado en que muy probablemente se trató de un proceso sífilítico que vino a revelarse por la benéfica acción del tratamiento mercurial.

