



ENFISEMA ORBITARIO ESPONTÁNEO, UNA RARA COMPLICACIÓN TRAS MANIOBRA DE VALSALVA

Spontaneous Orbital Emphysema, a Rare Complication after Valsalva Maneuver

Fernando Meléndez Negrette¹

Juan Salcedo Brand²

Dolcey Márquez Florián²

Resumen

Se presenta el caso de un hombre de 44 años de edad que consultó al servicio de urgencias por presentar un edema súbito palpebral izquierdo posterior a una maniobra de Valsalva. El enfisema orbitario espontáneo es una entidad poco frecuente que se caracteriza por la presencia de aire en los tejidos blandos periorbitarios producido por la comunicación de estos con los senos paranasales. Es importante mencionar la utilidad de las imágenes diagnósticas de esta entidad, ya que permite descartar otras lesiones asociadas, con la subsecuente implicación terapéutica.

Summary

We report a 44 years old male who consulted to the emergency department because he presented sudden left eyelid edema after a Valsalva maneuver. Spontaneous orbital emphysema is a rare entity characterized by the presence of air in the periorbital soft tissues produced by direct communication to the paranasal sinuses. It is important to mention the usefulness of diagnostic images of this entity, allowing us to rule out other injuries associated with subsequent therapeutic implications.

Introducción

El *enfisema orbitario espontáneo* es una entidad poco frecuente, se produce cuando existe una lesión ósea traumática que compromete las cavidades paranasales y permite la salida de aire de estas hacia los tejidos blandos adyacentes. En la mayoría de los casos es de origen traumático, sin embargo, cuando se presenta de forma espontánea la causa es un aumento de la presión intranasal que conlleva ruptura de la lámina papirácea.

Inicialmente se le tomó una radiografía de órbitas que no mostró lesión ósea aparente (figura 1), por lo que se decidió tomar una tomografía simple de órbitas, como examen complementario. Ésta mostró un engrosamiento de los tejidos blandos periorbitarios izquierdos que se extendía hacia el compartimiento temporal ipsilateral generando un discreto enoftalmos (figura 2), adicionalmente se observó dehiscencia de la lámina papirácea en la pared medial de la órbita a través de la cual se comunica el seno etmoidal con los tejidos blandos orbitarios (figura 3). En la valoración por oftalmología se decidió manejo médico expectante, con controles ambulatorios por consulta externa. Al cabo de un mes se resolvió la afección.

Presentación del caso

Paciente masculino de 44 años de edad, quien consultó al servicio de urgencias por edema palpebral izquierdo, súbito, posterior a “soplarse la nariz de forma fuerte” (aumento de la presión de los senos paranasales por maniobra de Valsalva), sin diplopía, amaurosis, ocualgia o disminución de la agudeza visual. No tenía antecedentes de importancia.

Al examen físico se evidenció un marcado edema palpebral izquierdo, asociado con un discreto enoftalmos, la morfología y los movimientos oculares se encontraron conservados, agudeza visual 20/20 y fondo de ojo normal.

Discusión

El *enfisema orbitario espontáneo* es una entidad poco frecuente, equivale solo al 1 % de los enfisemas orbitarios (1). Se presenta a raíz de la ruptura de la pared medial de la órbita por el aumento de la presión intrasinusal cuando se realizan maniobras de Valsalva excesivas (2).



Palabras clave (DeCS)

Órbita
Celulitis orbitaria
Maniobra de Valsalva
Tomografía computarizada por Rx

Key words (MeSH)

Orbit
Orbital cellulitis
Valsalva Maneuver
Tomography, X-Ray computed



¹Médico Residente de Radiología e Imágenes, Hospital Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia.

²Médico Radiólogo, Hospital Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia.



Figura 1. Rx de órbitas: no muestra lesión ósea evidente, ni tumefacción en los tejidos blandos.



Figura 2. TAC de órbitas: se evidencia una colección aérea de densidad baja en los tejidos blandos periorbitarios preseptales (flecha) que produce enoftalmos.

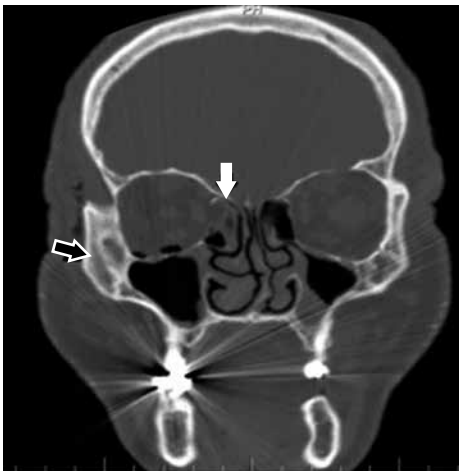


Figura 3. Dehiscencia de la lámina papirácea izquierda (flecha blanca) con extensión del enfisema hacia los tejidos blandos temporales ipsilaterales (flecha negra).

El *enfisema orbitario no espontáneo* se presenta generalmente por fracturas traumáticas de la órbita que afectan los senos paranasales; las más frecuentes son: pared medial de la órbita (40 %), piso de la órbita (34 %), malar (11 %) y seno paranasal (8 %) (3).

También puede ser causada por infección local por microorganismos productores de gas, principalmente los anaerobios, o posterior a procedimientos quirúrgicos periorbitarios (4).

Puede ser subperióstico, cuando mantiene la situación anatómica normal de las estructuras retrooculares, o retroseptal, cuando el aire ingresa al compartimiento intraorbitario y produce desplazamiento anterior del globo ocular (2).

En la mayoría de los casos la radiografía convencional de órbitas con proyección anteroposterior o lateral detecta la anomalía, y permite evidenciar el enfisema o la fractura hasta en un 70 % de los casos (5). Sin embargo, en casos en que la clínica y los hallazgos radiográficos no son concluyentes, se requiere una TAC de órbitas que proporcione un detalle anatómico de las estructuras blandas y óseas de la órbita (6,7); y, adicionalmente, cuando se sospeche compromiso de los músculos orbitarios, alteración de la visión, marcada deformidad ocular o para cuantificar el grado del enfisema (8).

El enfisema orbitario espontáneo es una condición benigna que responde en la mayoría de las veces al manejo conservador (9). No existe consenso sobre medicamentos inhalados o administrados en la mucosa nasal que mejoren el pronóstico de esta entidad. No es aconsejable la administración de antibióticos, excepto, cuando exista infección activa demostrable por imagen de los senos paranasales (10). Cuando exista compromiso visual importante o isquemia retiniana, se puede realizar un drenaje quirúrgico mediante cantotomía o extracción a través de un catéter venoso (11,12).

Como conclusión, es importante estar familiarizados con los hallazgos en las imágenes, para realizar el diagnóstico adecuado y el manejo de las complicaciones que pueden cambiar el abordaje terapéutico.

Referencias

1. Castelnovo P, Mauri S, Bignami M. Spontaneous compressive orbital emphysema of rhinogenic origin. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2000;257:5333-6.
2. Brady FA, Roser SM, Hieshima GB. Orbital emphysema. *Br J Oral Surg*. 1976;14:65-71.
3. Lloyd G. *Radiology of the orbit*. Philadelphia: Saunders; 1975.
4. Weber D, Shaw S, Winslow J. Images in emergency medicine. *Ann Emerg Med*. 2009;54:635.
5. Casarramona Lobera F, Belda Jornet V, Pou Calvo R, et al. Enfisema palpebral por fractura de la lámina papirácea del etmoides. *Emergencias*. 2003;15:247-9.
6. Benharbit M, Karim A, Lazreq M, et al. Emergency treatment of post-traumatic orbital emphysema: a case report. *J Fr Ophtalmol*. 2003;26:957-9.
7. Conor O'Malley CL. Orbital emphysema simulating cellulitis. *Br J Ophthalmol*. 1943;27:222-6.
8. Nassr MA, Morris CL, Netland PA, et al. Intraocular pressure change in orbital disease. *Surv Ophthalmol*. 2009;54:519-44.
9. Li T, Mafee MF, Edward DP. Bilateral orbital emphysema from compressed air injury. *Am J Ophthalmol*. 1999;128:103-4.
10. Ridvan A, Artan G, Jera K. Orbital emphysema after nose blowing. *Neurology*. 2011;76:1274.
11. Hunts JH, Patrinely JR, Holds JB, et al. Orbital emphysema. Staging and acute management. *Ophthalmology*. 1994;101:960-6.
12. Kaplan K, Winchell GD. Orbital emphysema from nose blowing. *N Engl J Med*. 1968;278:1234.

Correspondencia

Fernando José Meléndez Negrette
Hospital Universidad del Norte
Barranquilla, Colombia
fernandomelendezun@gmail.com

Recibido para evaluación: 21 de julio de 2015

Aceptado para publicación: 14 de octubre de 2015