

TRAUMATISMO OCULAR Y DIPLOPIA: ¿QUÉ SOSPECHAR?

D. Hindo Jazrawi, A. Mohedas Tamayo, C. Merchán Morales, M. Herreros Sáenz, P. Galán del Río, C. Pérez Fernández .
Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.

INTRODUCCIÓN

Los traumatismos oculares y orbitarios pueden ser causa de **ceguera** en la infancia, con posibilidad de producir **ambliopía**.

Tras un traumatismo ocular **aumenta la presión intraorbitaria** pudiendo producirse fracturas en las paredes más débiles de la órbita. El signo más evidente de fractura orbitaria es la **limitación de la mirada vertical**.

CASO CLINICO

ANAMNESIS: Niña de 11 años que es traído a urgencias por presentar **diplopía** con la mirada al frente y mirada inferior, sensación **mareo** sin giro de objetos y vómitos tras un traumatismo ocular derecho.

EXPLORACIÓN: En la exploración física a su llegada a Urgencias destaca la **limitación de la supravversión e infravversión** del ojo derecho.

PPCC: por lo que se solicita **TAC de órbita** en el que se aprecia fractura del suelo orbitario derecho con **herniación del músculo recto inferior y de la grasa**.

EVOLUCIÓN: Ante estos hallazgos ingresa a cargo del servicio de Oftalmología para **intervención quirúrgica** por cirujanos oculoplásticos, para corrección anatómica.



CONCLUSIÓN

Ante un traumatismo ocular es importante realizar una adecuada **historia clínica y exploración**.

Se debe de sospechar una fractura de órbita cuando el paciente presente datos sugestivos de ésta como son: **diplopía, enoftalmos, enfisema del tejido subcutáneo orbitario, escalón en reborde orbitario y/o imposibilidad de la mirada hacia arriba**.

El **tratamiento quirúrgico precoz** se realiza en aquellos casos que el paciente presente diplopía por atrapamiento músculo recto inferior, enoftalmos >2mm o limitación de la motilidad ocular extrínseca. En el resto de casos se puede intentar un **tratamiento conservador**.