

P0486 - ORBITORREA COMO COMPLICACIÓN DE EXENTERACIÓN ORBITARIA

D. de Frutos Marcos, J.C. García Romero, F.J. Escudero Nafs, G. Zabalo San Juan, S. Álvarez de Eulate Beramendi, M. Castle Ramírez e I. Zazpe Cenoz

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, España.

Resumen

Objetivos: Presentación de un caso de fistula de líquido cefalorraquídeo a través de la fisura orbitaria superior y conducto óptico, con revisión de la literatura más reciente publicada al respecto.

Métodos: A partir de un caso clínico ocurrido en nuestro centro, se realiza una búsqueda bibliográfica en PubMed utilizando las palabras clave “orbitorrhea” y “oculorrhea”.

Resultados: Paciente de 77 años, con antecedente de HTA y que fue diagnosticado en 2006 de carcinoma basocelular nodular esclerosante en región ciliar derecha con infiltración de borde profundo. Posteriormente presentó una mala evolución, apareciendo recidiva con afectación de márgenes profundos y extensión a fondo orbital después de varias cirugías y tratamiento radioterápico. RM craneal: foco de realce en ángulo superoexterno orbital derecho sin cambios significativos respecto al estudio previo. Focos de realce pericigomático, subcutáneo infraorbitario y en músculo orbicular de la boca derecha que resultan sospechosos de recidiva tumoral local. Es intervenido quirúrgicamente, practicándose exéresis en bloque con exenteración orbital incluyendo arco cigomático, reborde orbital inferior y supero-lateral así como proceso coronoides de mandíbula. Durante el procedimiento se produce salida espontánea de líquido cefalorraquídeo a través de fisura orbitaria superior y conducto óptico, que precisa de sellado por capas con parche de colágeno revestido de polietilenglicol, grasa y colgajo anterolateral de muslo con anastomosis termino-terminal a arteria y vena temporal superficial. Posteriormente se implanta drenaje lumbar externo durante 72h, sin evidenciar nueva salida de líquido.

Conclusiones: La fistula de líquido cefalorraquídeo a través de la órbita (orbitorrhea) es una entidad muy rara, habiéndose descrito menos de 25 casos hasta el momento. Casi todas ocurren como consecuencia de un traumatismo craneoencefálico, siendo la causa iatrogénica muy excepcional. El tratamiento suele ser conservador con medidas posturales, parches oculares, drenaje lumbar externo y, en ocasiones, profilaxis antibiótica. La cirugía solo se valora en caso de fracaso del tratamiento conservador.