

Cirugía de descompresión orbitaria

Véase también el folleto informativo

~ *Enfermedad ocular tiroidea (TED)* ~ *Descenso del párpado superior* ~ *Proptosis*

P: ¿Qué es la 'órbita'?

Los ojos, los músculos que lo rodean, los nervios y los tejidos grasos se encuentran dentro de la órbita ósea del cráneo. Por encima están los senos frontales y el cerebro, y por debajo los senos maxilares. En la línea media, situada entre las dos órbitas, están los senos etmoidales y el espacio nasal. El músculo temporal cierra la mandíbula, pasa bajo el arco exterior del hueso de la mejilla superior (el hueso malar) y se encuentra con la pared ósea de la cara externa de la órbita. Las estructuras que entran en la órbita desde el cerebro deben hacerlo a través de diferentes aberturas en los huesos detrás del ojo. Por lo tanto, los tejidos blandos de la órbita están dentro de un área protegida, pero este espacio es limitado y la expansión de estos tejidos (por ejemplo la ampliación del músculo en la enfermedad ocular tiroidea) puede llevar al "abultamiento" de los ojos (exoftalmos) y rara vez a la pérdida visual debido al aumento de la presión orbitaria.

P: ¿Cuál es la finalidad de la cirugía de descompresión orbitaria?

La descompresión orbitaria, realizada con mayor frecuencia a los pacientes con la enfermedad ocular tiroidea (TED), sirve para aumentar el espacio disponible en la órbita, lo que reduce el grado de proptosis y el riesgo de pérdida visual. La operación se logra mediante la eliminación de parte de las paredes de la órbita y, en algunos casos, mediante la extirpación de parte del tejido graso orbitario. Dependiendo del grado de proptosis y de pérdida de visión, la cirugía puede incluir la eliminación de parte de una, dos o tres paredes orbitarias.

Por lo tanto, las principales razones de la descompresión orbitaria son: (i) reducir la proptosis (hasta 10 mm dependiendo del número de paredes descomprimidas y (ii) el tratamiento de la pérdida de visión debido a la elevación de la presión intraorbitaria.

En la rehabilitación quirúrgica de los pacientes con una TED de larga duración, la descompresión se realiza para reducir la proptosis. Con frecuencia, esto corrige el desplazamiento descendente del párpado inferior y parte de la curvatura del párpado superior y a pesar de la retracción del párpado superior, éste puede incluso aumentar y requerir bajar el párpado posterior.

P: ¿Cuáles son los riesgos de la cirugía de descompresión orbitaria?

La descompresión orbitaria es una cirugía mayor y sólo debe considerarse después de una cuidadosa consulta con su oftalmólogo y de una comprensión de todos los riesgos asociados, los cuales se detallan a continuación.

(i) Descompresión **individual** de la pared (lateral):

- Una cicatriz lineal bien oculta dentro de las "líneas de la risa" de la esquina externa de los párpados.
- Hinchazón de los párpados superior e inferior, que se soluciona en 1 o 2 semanas.
- Un "bamboleo" de la visión al comer ('oscilopsia masticatoria') - ésta es poco común.
- La nueva aparición de la visión doble es muy rara y ocurre en casos de descompresión de la pared lateral.

(ii) Descompresión de **dos paredes** (lateral y medial):

Adicionalmente, la cirugía de la pared orbitaria media conlleva los riesgos específicos siguientes:

- La epistaxis (hemorragia nasal)
- Insensibilidad en un lado de la nariz.

(iii) La descompresión completa de las **tres paredes** (lateral, medial, y la base de la órbita, por lo general reservada en grados severos de proptosis) - Riesgos adicionales:

- Entumecimiento de la mejilla superior y de los dientes superiores - esto ocurre en cierto grado en la mayoría de los pacientes y se resuelve en casi todos los pacientes con el tiempo.
- Inflamación del párpado inferior - que mejora al cabo 1 a 2 semanas.

(iv) Los riesgos que están presentes - en diferentes grados - en **todas** las formas de descompresión:

- Contusión y hemorragia - el riesgo se reduce al detener cualquier medicación antiagregante 3 semanas antes de la cirugía (véase el folleto consejos sobre medicación que deben evitarse antes de la cirugía). La dosis de warfarina - si se toma - se debe ajustar de tal manera que el nivel de INR sea inferior a 1,5 y esto debe ser acordado con su médico de cabecera y / o con permiso del cardiólogo (también es válido para las pastillas utilizadas para mantener la sangre antiagregada después del 'stent' cardiaco).
- Nueva visión doble o aumentada - tenga en cuenta que esto es poco probable con la descompresión de la pared lateral.
- Riesgo para la vista - muy raro (menos de 1 en 1000) y desconocido por este autor. Sin embargo, con la cirugía simultánea derecha e izquierda, hay una posibilidad de pérdida de visión irreversible en ambos ojos (aproximadamente 1 en un millón) y si el paciente no está dispuesto a asumir este riesgo, se considerará cirugía secuencial.
- Riesgo de perder la vida - como con cualquier cirugía mayor, aunque una vez más este autor no lo ha experimentado.

ASOS

Dr A. Amias, Dr M Gonzales Candial, Dr E Basauri, Dr J Gelabert, Dr R Malhotra, Dr D Verity

www.ASOS.bio

P: ¿Cómo se lleva a cabo una cirugía de descompresión orbitaria?

Después de la evaluación del anestesista, la cirugía se realiza bajo anestesia general con una estancia de una noche en el hospital. Dependiendo del número de paredes y de si una o dos órbitas requieren descompresión, la operación puede durar hasta 3 horas y media. Ambos ojos se ocluyen después de la cirugía, desocluyéndose a la mañana siguiente. Se prescriben antibióticos por vía oral, ciclo descendiente de corticoides orales y gotas para los ojos y una cita de seguimiento al cabo de 2 semanas.

- Descompresión de la pared lateral: se hace una incisión de unos 10 a 15 mm de largo en la "línea de la risa" de los párpados exteriores y se elimina una sección de hueso detrás del reborde orbitario (la pared externa de la órbita). La piel se cierra con unas cuantas suturas que se retiran al cabo de dos semanas.
- Descompresión de la pared medial (interna): se hace una incisión fina detrás de la esquina interna de los párpados para que la pared interna de la órbita y las celdas etmoidales adyacentes de aire (senos paranasales) se retiren. Se utilizan uno o dos puntos de sutura absorbible fina para cerrar la conjuntiva - sin cicatriz externa visible.
- Suelo de la órbita: se utiliza un enfoque similar a la descompresión de la pared lateral y se extrae parte de la base de la órbita debajo del ojo. El mermo de la mejilla pasa a través del hueso de la órbita, lo que representa un adormecimiento, que luego mejora en general.

P: ¿Qué precauciones son necesarias en pre-operatorio?

Nada de aspirinas o medicamentos de este tipo (véase el folleto informativo) durante 3 semanas antes de la cirugía. Para los pacientes en tratamiento con warfarina, ésta se debe suspender 3 - 4 días antes de la cirugía con el acuerdo del médico general y / o del cardiólogo, de manera que el INR sea menor de 1,5.

P: ¿Cuál es el tratamiento post-operatorio y qué precauciones se deben tomar?

Se colocan unas almohadillas sobre el ojo(s) operado(s) después de la cirugía y los drenajes se retiran suavemente al día siguiente antes del alta hospitalaria. Se suministran medicamentos postoperatorios, que incluyen un curso corto de corticoides, antibióticos por vía oral y colirio antibiótico. El uso de una almohada extra por la noche ayuda a reducir el hinchazón y los hematomas postoperatorios, por lo que se recomienda durante unas semanas después de la cirugía. Con las descompresiones de 2 y 3 paredes, pueden afectar temporalmente el drenaje de los senos alrededor del ojo, por lo que el sonarse la nariz, el volar y el bucear deben evitarse durante 3 semanas. Raramente, sin embargo, pueden persistir síntomas de sinusitis después de la cirugía, lo que puede requerir tratamiento médico o quirúrgico.

ASOS

Dr A. Amias, Dr M Gonzales Candial, Dr E Basauri, Dr J Gelabert, Dr R Malhotra, Dr D Verity

www.ASOS.bio

Se debe evitar el conducir si aparece la visión doble o si se experimenta un empeoramiento. Esto no es común con la descompresión de la pared lateral y es más frecuente con una descompresión de 2 o 3 paredes.

Dos visitas postoperatorias están programadas, una a las dos semanas después de la cirugía, donde se retiran los puntos, y otra al cabo de 6 semanas.

ASOS

Dr A. Amias, Dr M Gonzales Candial, Dr E Basauri, Dr J Gelabert, Dr R Malhotra, Dr D Verity

www.ASOS.bio