

ABORDAJES ANTERIORES DE LA ORBITA

KREUTEL, A. CARRIZO, A. BERNER, S. BASSO, A.

Servicio de Neurocirugía, Hospital oftalmológico Santa Lucía, Buenos Aires.

PALABRAS CLAVES: Orbita - Vía supraorbitaria - Berke - Vía infraorbitaria.

Introducción

La órbita puede ser abordada por su pared superior, a través de una craneotomía, o por orbitotomías anteriores: superior, inferior, interna y lateral. Los tumores que se abordan por el techo son los localizados en el cuadrante súpero interno, los gliomas del nervio óptico, y los propagados desde el cráneo.

Las orbitotomías anteriores pueden hacerse por 3 vías diferentes:

1. la vía transconjuntival (la más antigua)
2. la vía transpalpebroconjuntival
3. la vía cutánea.

Esta última es la más utilizada, realizándose el abordaje de la órbita a través del espacio subaponeurótico, pasando entre el periostio y la cápsula orbitaria. De acuerdo a la ubicación tumoral, se emplean los abordajes superior, inferior, o lateral.

a) El abordaje superior se realiza siguiendo el arco superciliar, prolongando la incisión hacia adentro o hacia afuera, según la ubicación de la patología a intervenir. Se debe tener precaución en el respeto de la polea del oblicuo mayor en las orbitotomías súpero-internas, a fin de evitar ña diplopía postoperatoria por desinserción de la misma.

La orbitotomía superior se utiliza principalmente en los abordajes de los quistes dermoides, tumores de la glándula lagrimal, mucocelos frontales y/o etmoidales y osteomas del seno frontal.

b) La orbitotomía inferior se realiza siguiendo una incisión 2 mm por debajo del borde libre del párpado inferior, en todo su trayecto, deteniendo la misma antes del canal lácrimo-nasal; a continuación se disecciona a través del plano subcutáneo, respetando el plano muscular, hasta llegar el reborde orbitario inferior, abordando la órbita entre el periostio y la cápsula.



FIGURA 1.

Esta vía se emplea para los tumores que se encuentran localizados en el piso de la órbita, o para reparar las fracturas y desencarcelar de las mismas al músculo recto inferior.

c) La orbitotomía lateral comprende la resección de todo el pilar externo de la órbita. Toma como base la técnica descrita por Kronlein en 1898; su incisión cutánea era curvilínea, de concavidad posterior. Nosotros utilizamos una modificación realizada por Berke (1954), la cual nos evita edemas linfáticos a veces irreversibles, bipalpebrales, y lesiones del nervio facial superior. Esta modificación consiste en una incisión en piel de 3 a 4 cm, desde el ángulo externo del ojo hacia el trago auricular. La incisión del periostio se hace a nivel del reborde orbitario externo. Se efectúa luego las osteotomías en sentido horizontal, con sierra oscilante, en los extremos superior e inferior de la pared externa, reclinando a continuación el fragmento óseo.

Se expone de esta manera la cápsula orbitaria, que se incide en sentido antero-posterior, evitando lesionar al músculo recto externo.

Esta vía se utiliza para los tumores que se encuentran ubicados en la zona lateral de la órbita: angiomas cavernosos, quistes hidáticos, ciertos gliomas del nervio óptico localizados, y como complemento de la vía súper-externa en los tumores de la glándula lagrimal extendidos hacia la pared lateral.

BIBLIOGRAFIA

1. AMEZUA, L.; GOMEZ MORALES, A.; KREUTEL, A. Frecuencia de los factores etiológicos de exoftalmia. *Anales del Hospital Oftalmológico Santa Lucía*. n3: 13-15, 1973.
2. BERKE, R. N. A modified Kronlein Operation. *Arch. Ophthal.* (Chicago) 51, 5, 690-632, 1954.
3. OFFRET, G.; HAYE, C. Tumeurs de l'oeil et des annexes oculaires. pp. 525-550. Paris, 1971.
4. REESE, A. B. Tumors of the eye. New York, Hoeber Medical Division. Harper & Row. New York, 1963.
5. SMITH, B. Reconstruction de l'orbite. *Arch. Ophthal.*