



EVALUACIÓN POR MEDIO DE LA TCMS Y RMN EN EL ESTUDIO DE LA PATOLOGÍA ORBITARIA AGUDA

Autores:

Asenjo Rocío, Gorsky Marcos, Ojeda Adriana,
Roberto L. Villavicencio.

Fundación Villavicencio, Sanatorio Parque
Rosario, Argentina

Introducción

- La patología orbitaria aguda es frecuente en urgencias .
- La TCMS y la RMN permiten estudios detallados de las diferentes estructuras brindando la mejor información al momento de decidir la conducta a seguir.

Objetivos

- Conocer y entender la anatomía orbitaria durante el uso de TCMS y RMN.
- Exponer la patología orbitaria aguda más frecuente.

Revisión del tema

Anatomía: Cavidades Orbitarias

- Las órbitas son las cavidades localizadas en la porción anterior del cráneo
- Su forma es de pirámide cuadrangular con un eje oblicuo de delante a atrás y de fuera adentro

FISURA ORBITARIA SUPERIOR

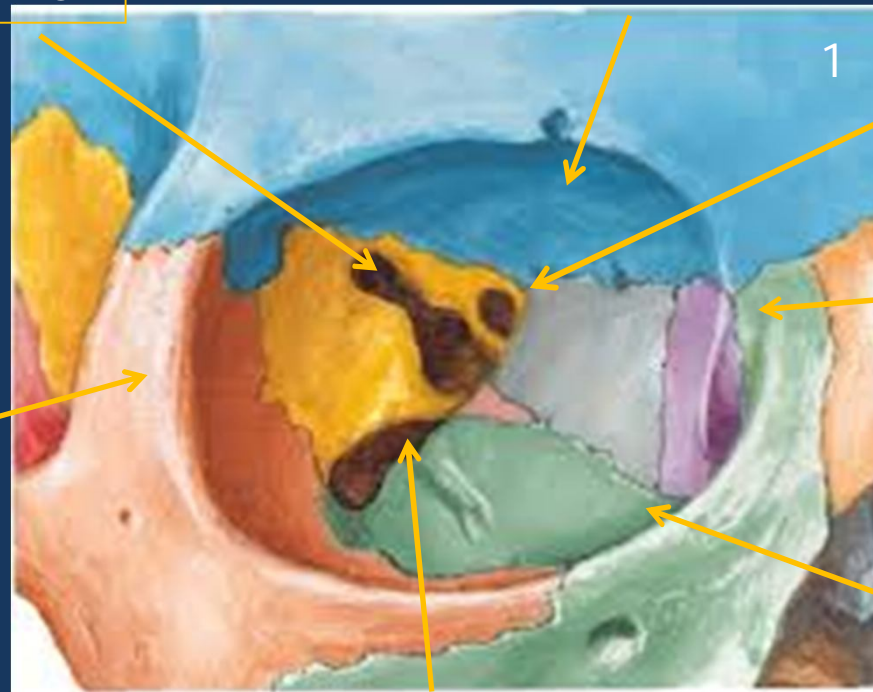
TECHO DE ORBITA

CONDUCTO OPTICO

PARED INTERNA

PARED EXTERNA

PISO DE ORBITA

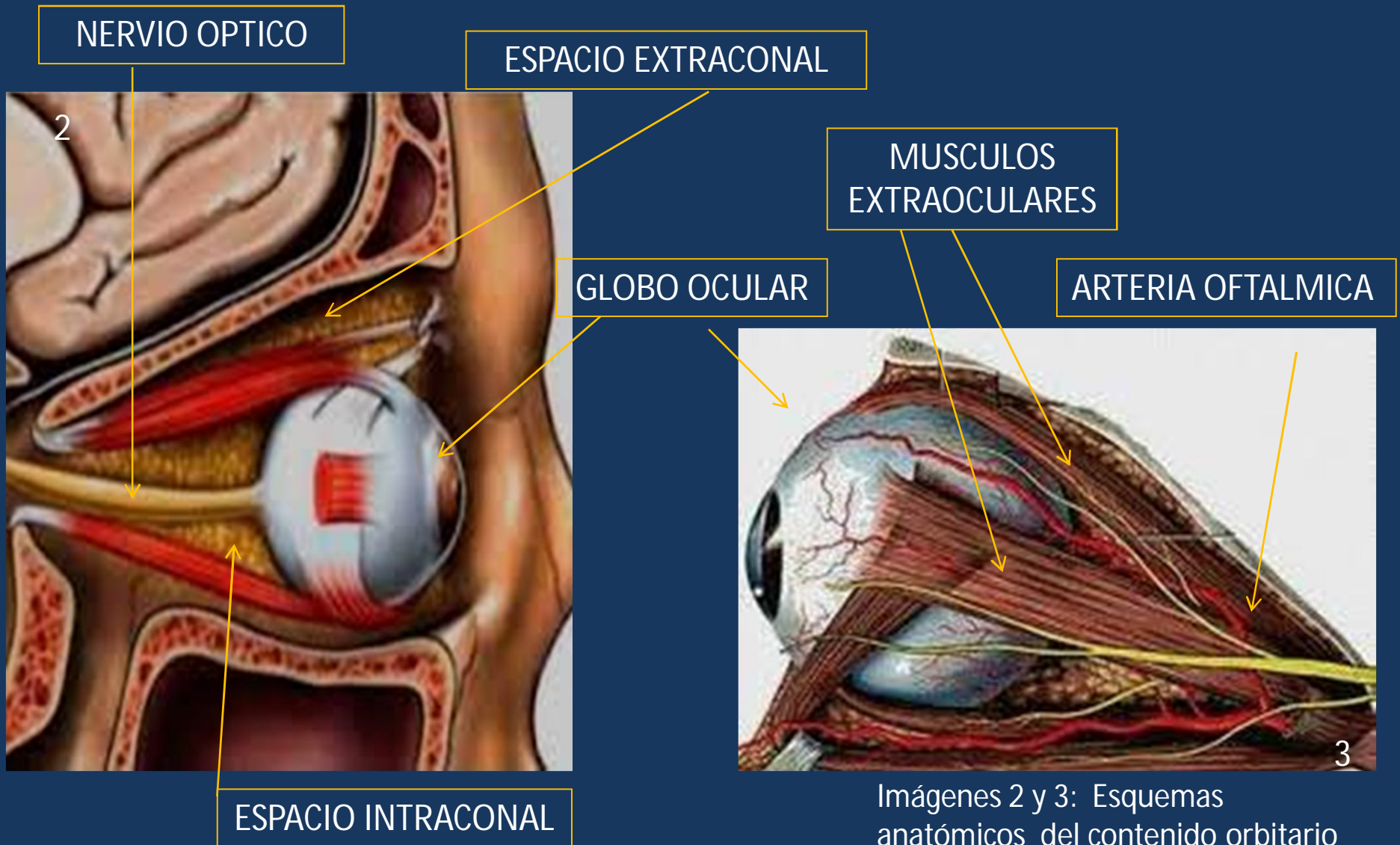


Img 1: Esquema anatómico cavidad orbitaria.

FISURA ORBITARIA INFERIOR

Anatomía: Contenido orbitario

El globo ocular, el nervio óptico, la musculatura extraocular, el paquete vásculo-nervioso (arteria, vena y nervio), la glándula lacrimal y la grasa periorbitaria.



Espacios Anatómicos

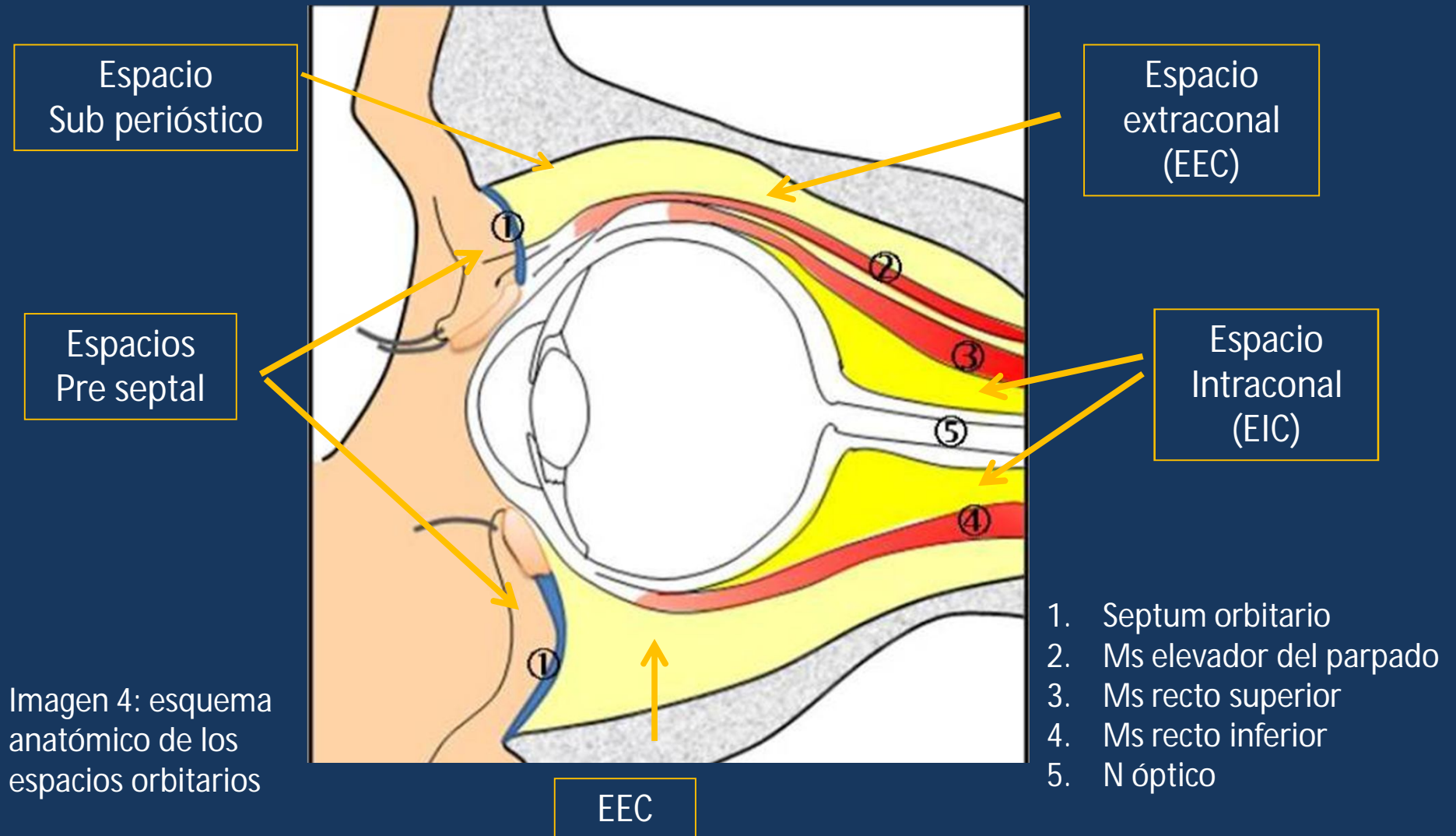
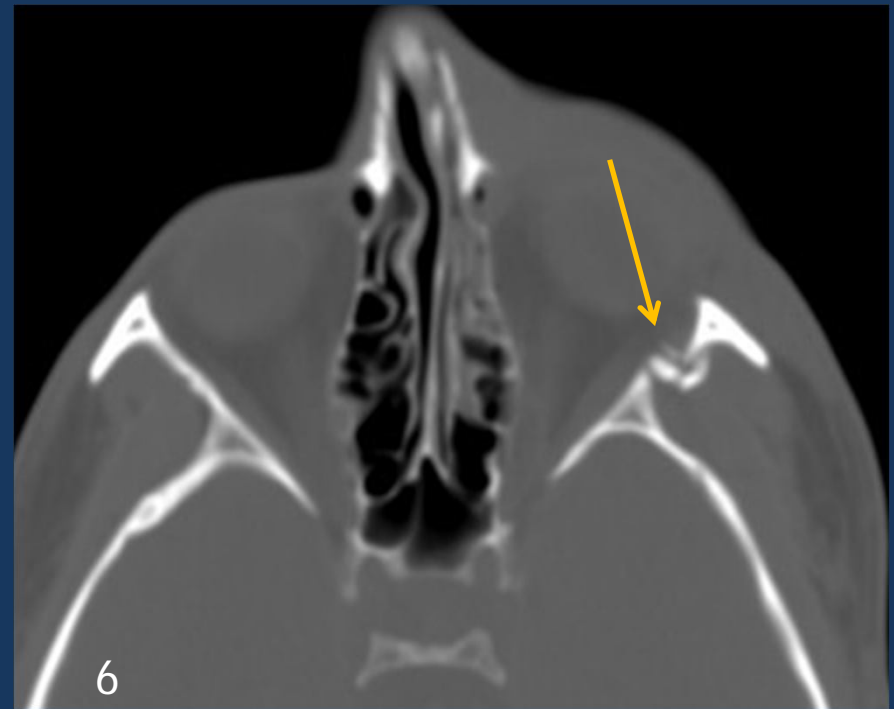
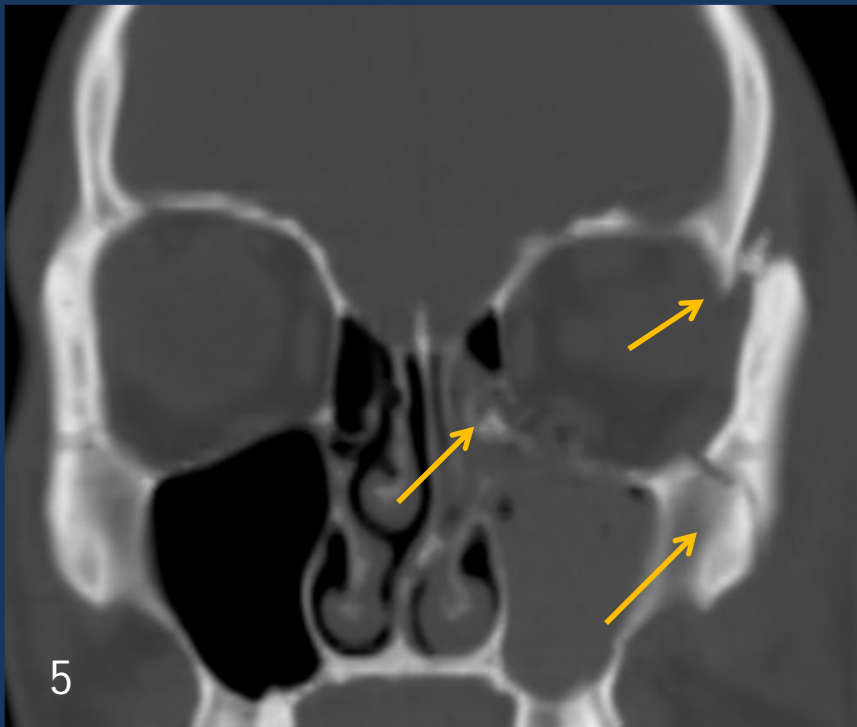


Imagen 4: esquema anatómico de los espacios orbitarios

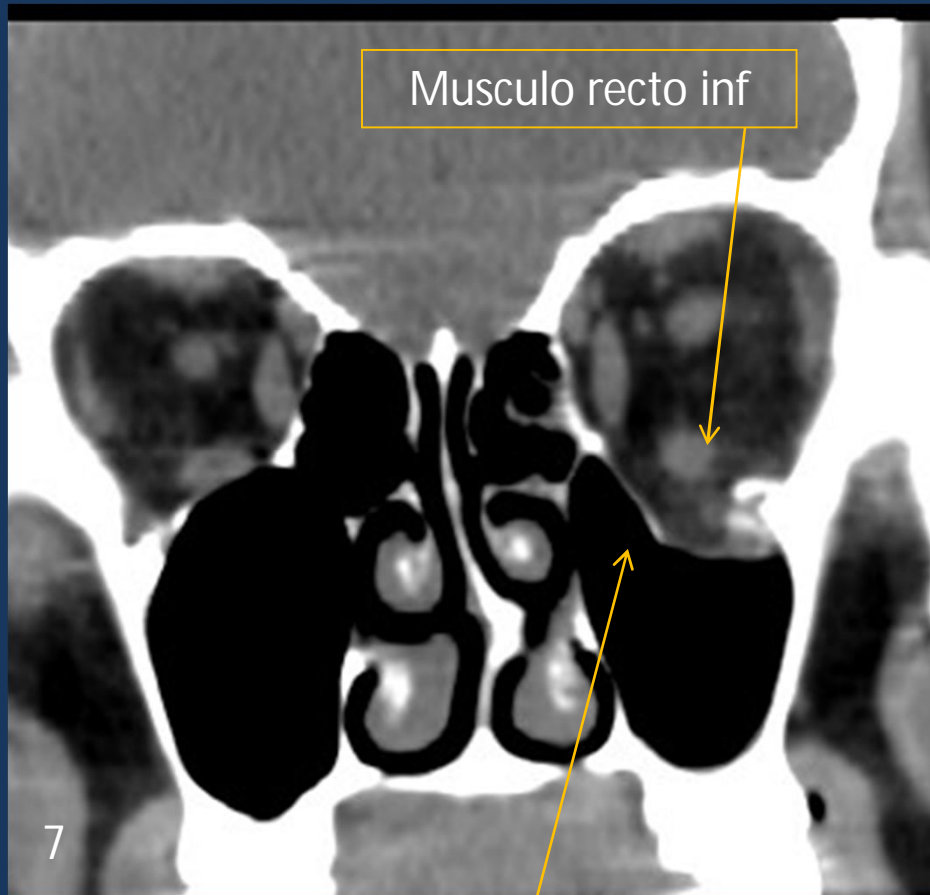
Patología traumática



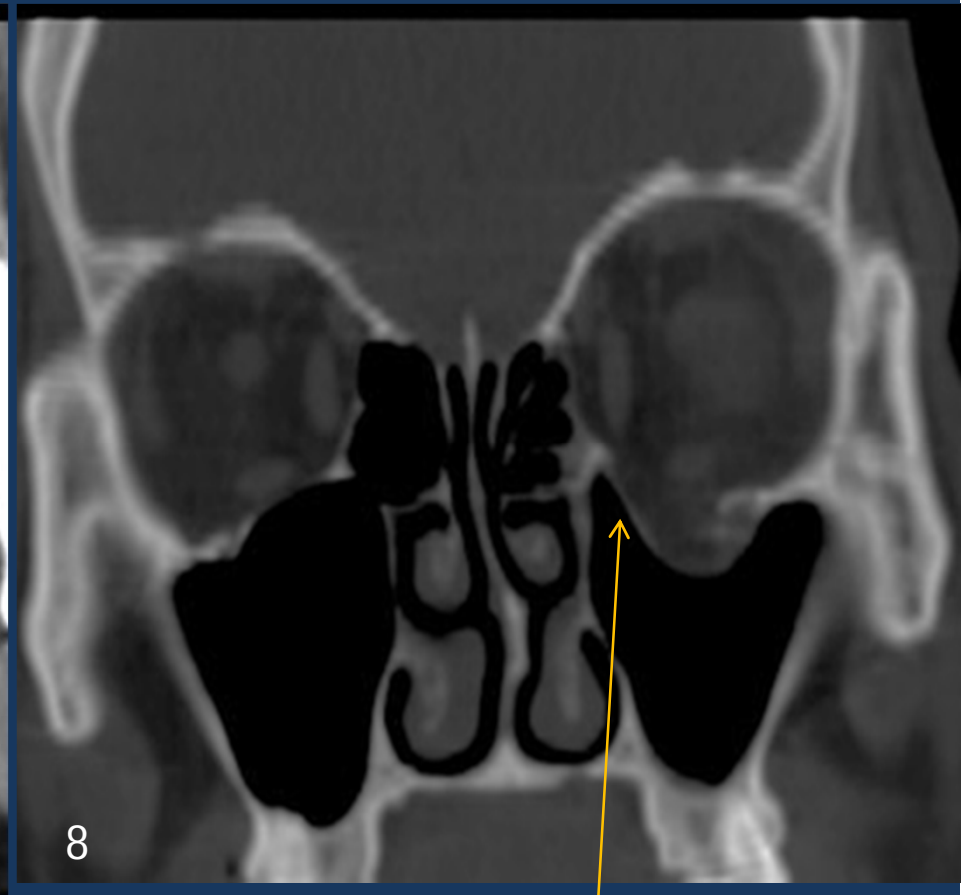
Imágenes 5 y 6: Cortes coronal y axial en ventana ósea.
Fractura desplazada de la pared externa , piso
y lamina papirácea de la cavidad orbitaria
(flechas amarillas)

Imagen 7 : Corte coronal en partes blandas donde se observa herniación de grasa intraorbitaria y engrosamiento del musculo recto inferior.

Imagen 8 : Corte coronal en ventana ósea donde se observa fractura del piso y pared interna de a la orbita izquierda inferior.

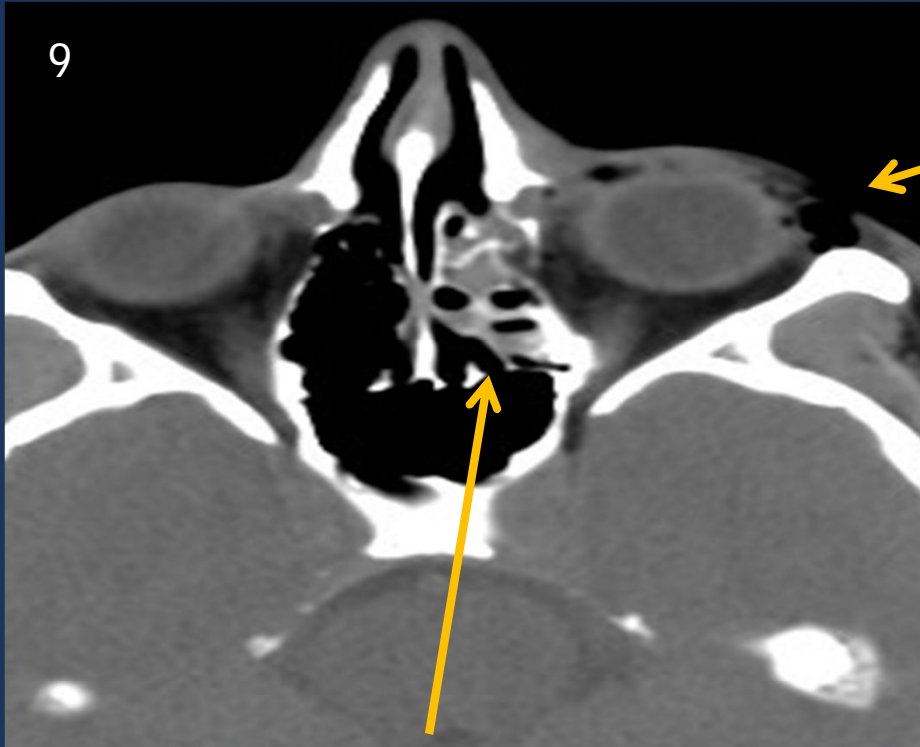


Herniación de grasa intraorbitaria



Fractura de piso y pared interna

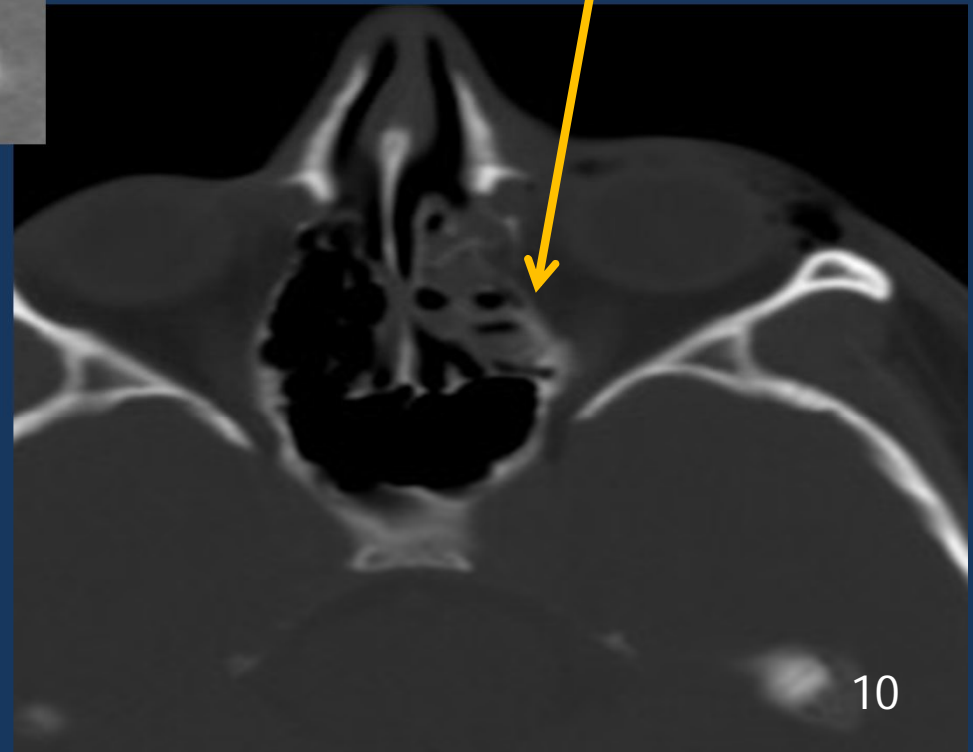
9



Signos de enfisema subcutáneo

Ocupación de celdillas etmoidales

Fractura de lamina papirácea



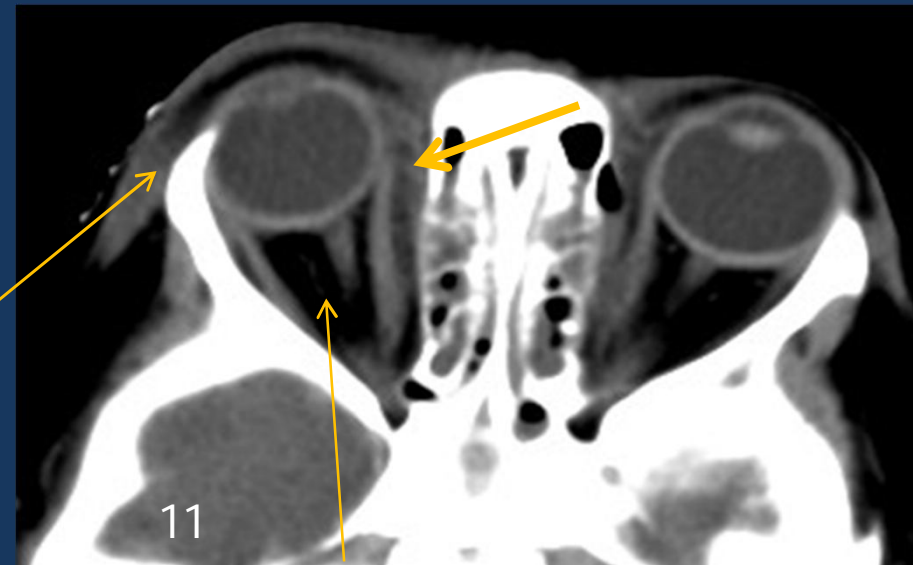
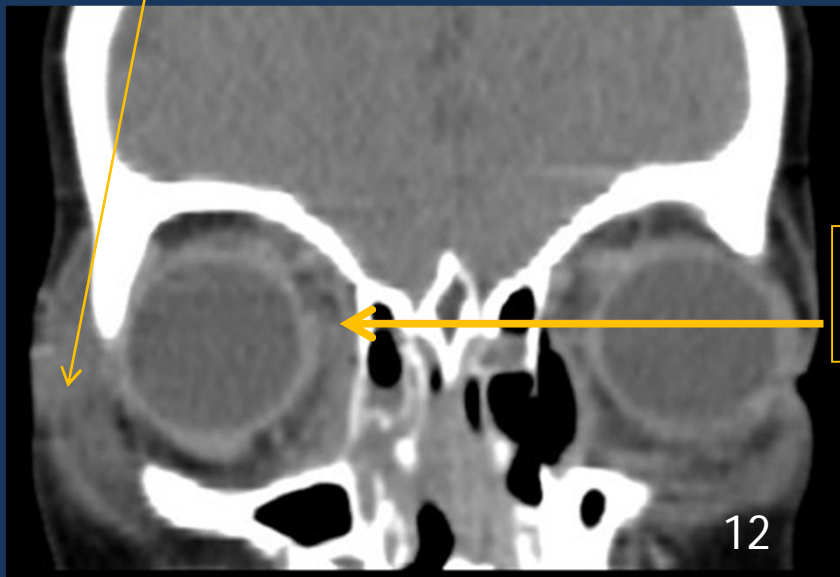
Imágenes 9 y 10 : Cortes axiales en ventana ósea y de partes blandas donde se observa fractura de pared interna de la orbita izquierda con signos de enfisema subcutáneo.

10

Patología no traumática

Es importante destacar que la patología infecciosa supone el 50% de los procesos, seguida de enfermedades inflamatorias, anomalías vasculares, etc.

Edema de partes blandas



Espacio intraconal respetado

Alteración de la grasa post septal extraconal interna derecha (flecha gruesa)

Imágenes 11 y 12 : Cortes axiales y coronales sin contraste donde se observa celulitis orbitaria preseptal derecha.



Imagen 13: RMN corte coronal T1 que muestra formación intraorbitaria extraconal supero externa derecha que realza intensamente post -gadolinio.
Pseudotumor Inflamatorio(flecha)

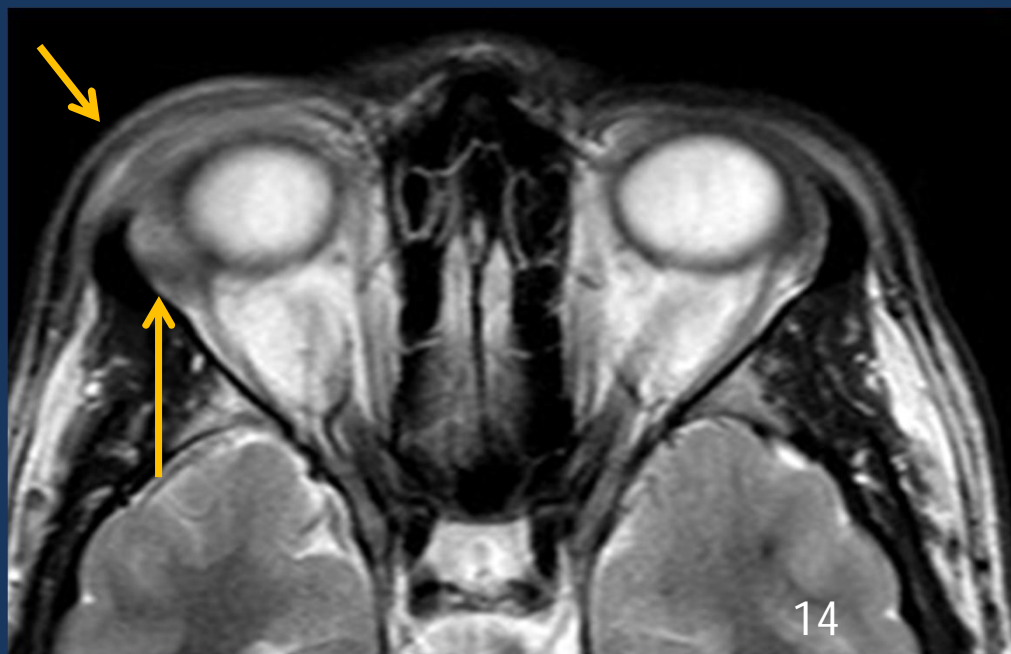
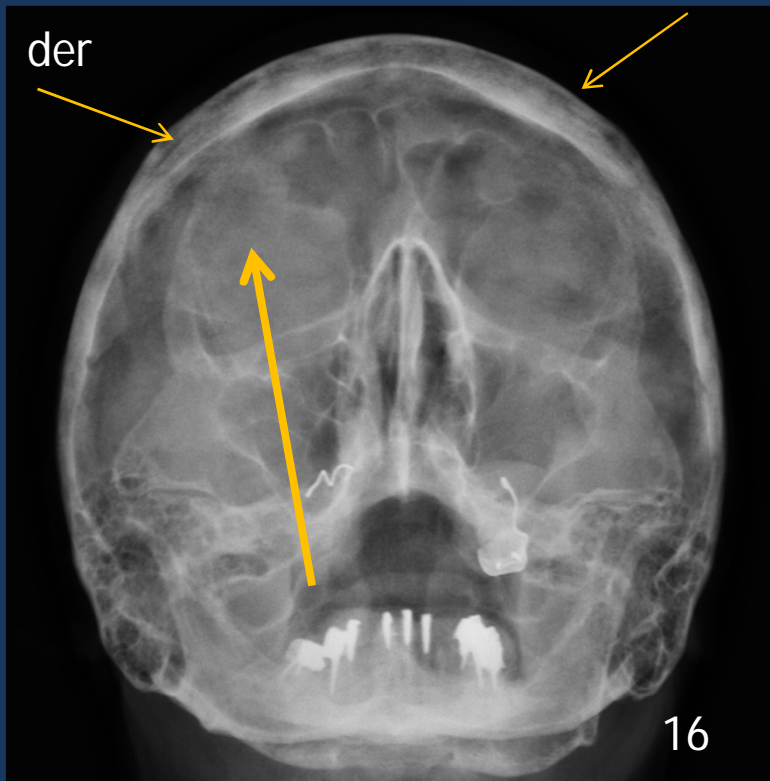
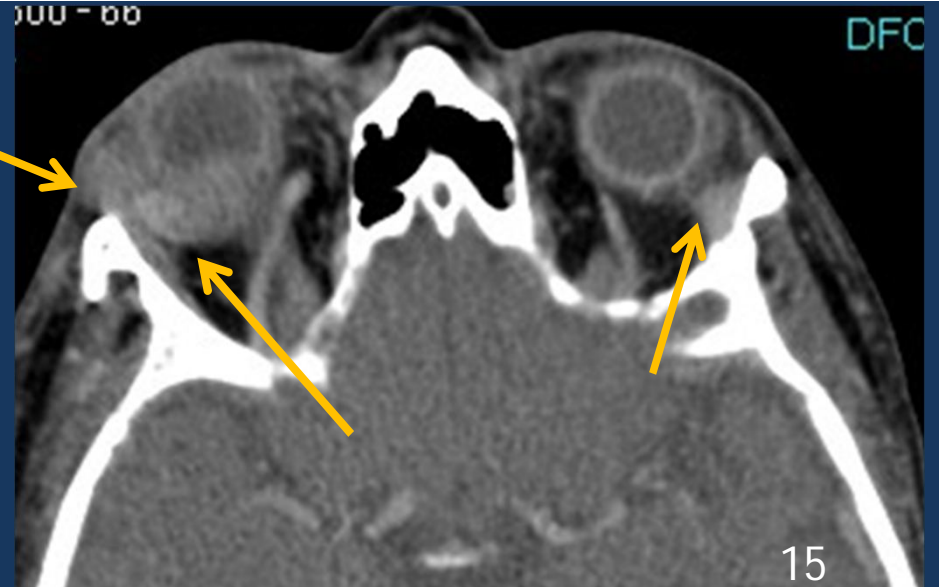


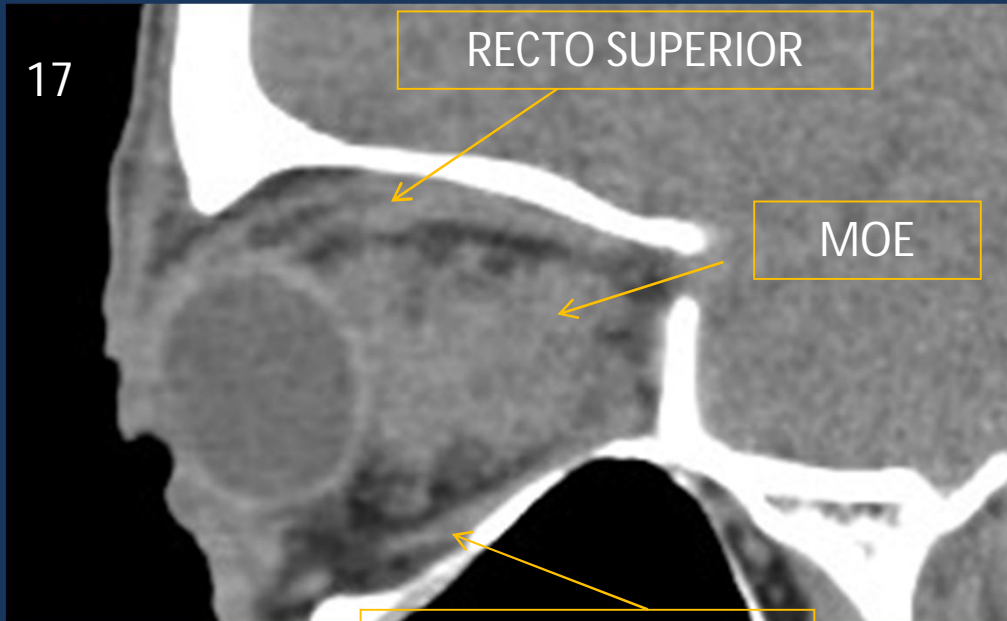
Imagen 14: RMN corte axial T2 con imagen hiperintensa correspondiente al engrosamiento del parpado homolateral(flechas)

Complicaciones neoplásicas

Paciente que consulta por alteraciones visuales de reciente comienzo a predominio derecho. Antecedente de Mieloma Múltiple.



17



- Paciente que consulta por pérdida de la visión del ojo derecho y protrusión del globo ocular derecho
- Antecedente de Melanoma hace diez años.

RECTO INFERIOR

MOE

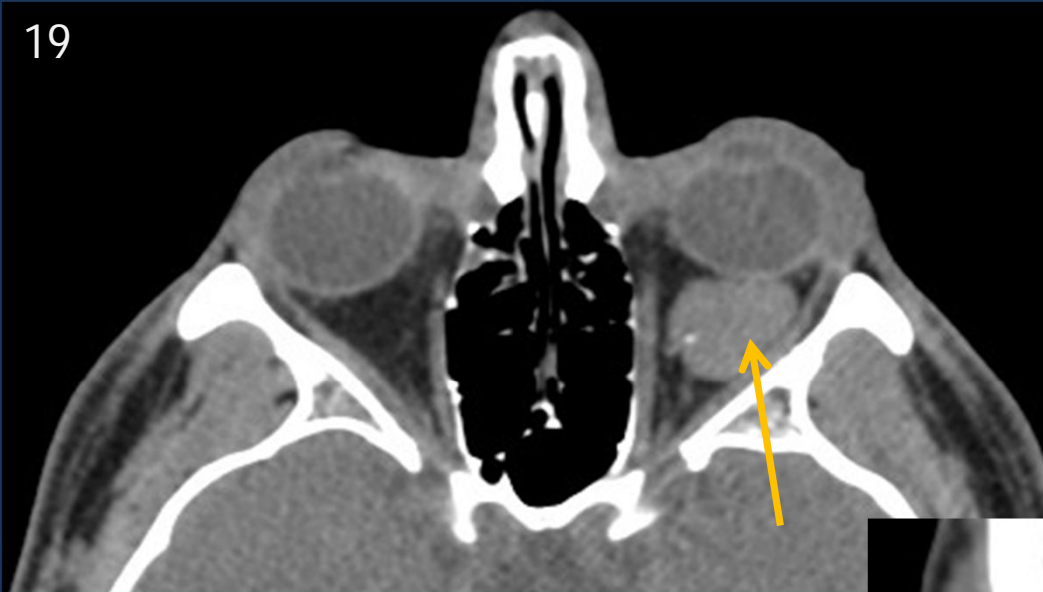
Imágenes 17 y 18 : TCMS cortes sagitales y axiales sin contraste. Se observa proceso expansivo isodenso intraconal que rodea al nervio óptico. Compromiso del musculo recto interno.



RECTO EXTERNO

Hallazgos Incidentales

19



- Paciente masculino, que consulta por un cuadro de cefalea de reciente comienzo.
- No refiere síntomas visuales

Imágenes 19 y 20 : TCMS axial y coronal donde se observa tumefacción levemente hiperdensa con pequeñas imágenes cálcicas en su interior en proyección del espacio intraconal izquierdo(flechas)

20



Imágenes 21 : RMN Secuencia axial T2 Se observa una formación ovoidea hiperintensa , de bordes bien delimitados, de aspecto quístico en ángulo supero externo de la orbita derecha.

QUISTE DERMOIDE

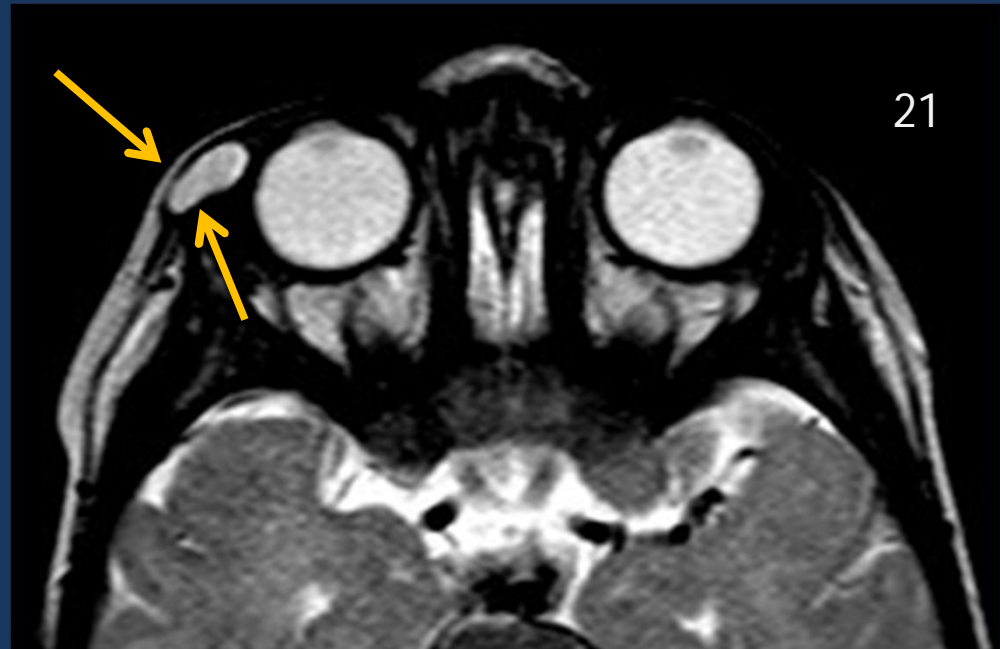
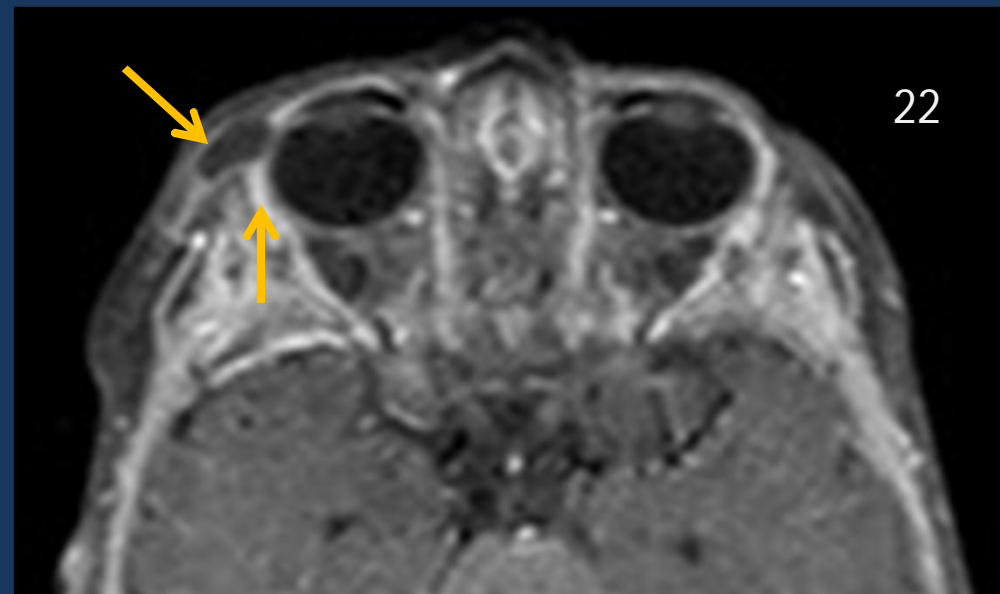
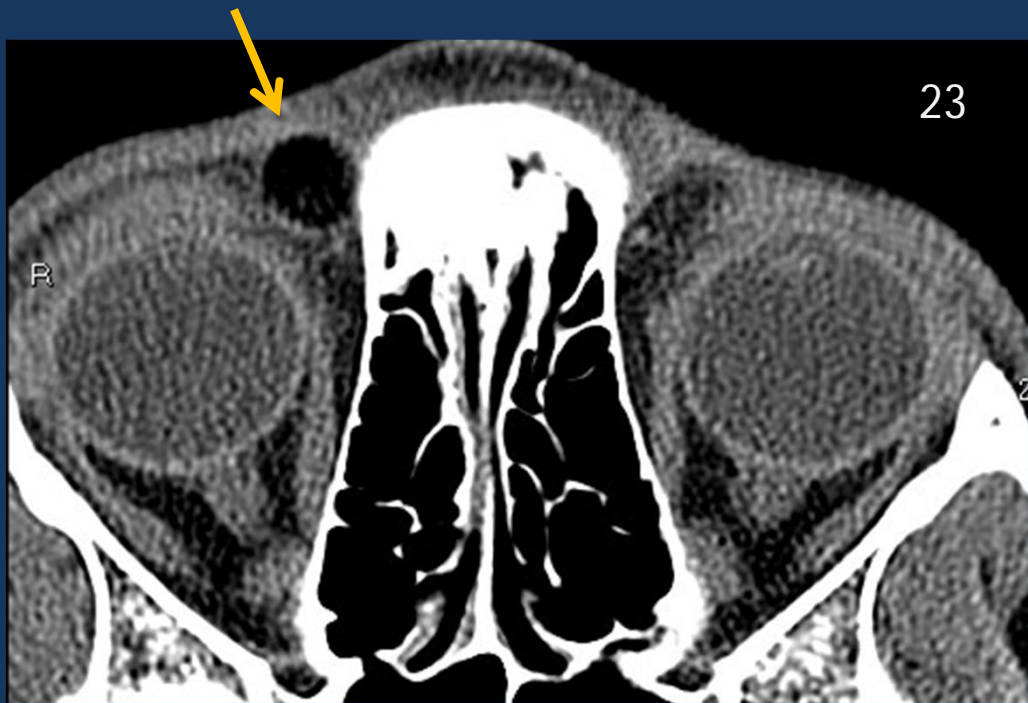


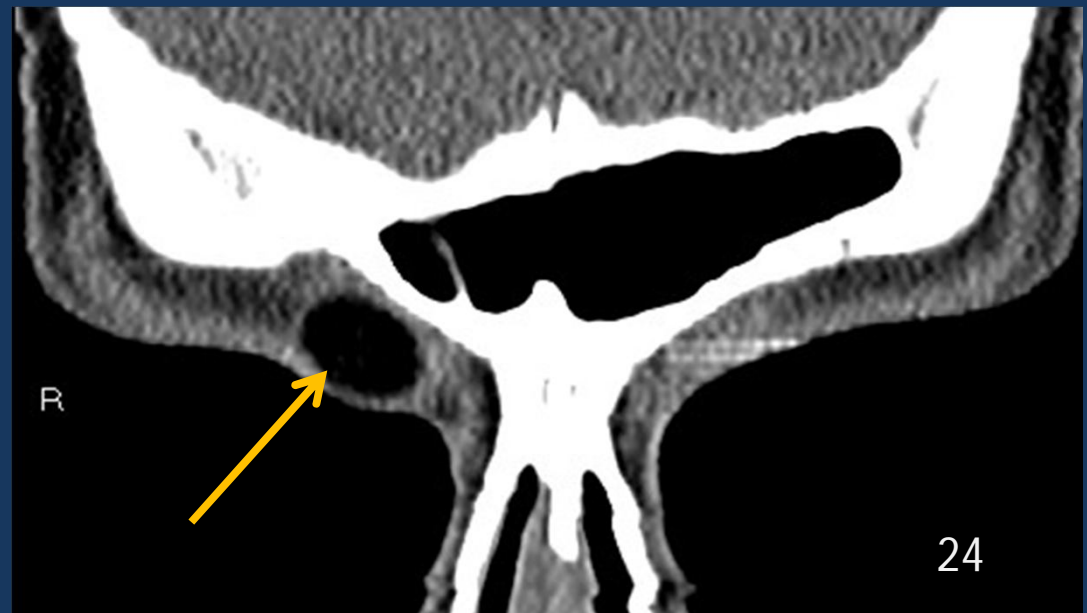
Imagen 22 : RMN Secuencia T1 con gadolinio se observa realce periférico en la región palpebral, sin refuerzo en el interior de la misma.





Paciente de 14 años con sospecha de sinusitis aguda

Imágenes 23 y 24: TCMS con cortes axiales y coronales sin contraste donde se observa una imagen ovoidea, hipodensa, con límites definidos en ángulo supero interno del párpado superior.



Conclusión

- La correcta utilización de TCMS y RMN para realizar una evaluación de la patología aguda orbitaria, es necesaria para poner en evidencia la mejor información al momento de decidir la conducta terapéutica mas eficaz.

Bibliografía

- **Evaluación por TC y RM de tumores orbitarios: Nuestra experiencia.** Autores: Marcelo Cabrini, Jorge Docampo, Manuel Martínez, Claudio Bruno, Carlos Morales. RAR Vol. 71, N° 2. 2007
- **Patología no traumática de la órbita: papel de la TC y de la RM.** Presentación Electrónica Educativa ,Autore: R. Pastor Toledo, Congreso: SERAM mayo 2012 .Granada. España.
- **LA PATOLOGÍA ORBITARIA EN URGENCIAS: Hallazgos radiológicos mediante TCMC.** Presentación Electrónica Educativa. Autor: A. Rodriguez Molina .Congreso: SERAM mayo 2012. Granada. España
- **Fracturas del suelo de la órbita .** Autores: B. San Vicente, F.J. Parri, M.A. Sancho, L. Morales .Servicio de Cirugía Pediátrica, Unitat Integrada Hospital Sant Joan de Déu-Hospital Clínic, Universitat de Barcelona,Barcelona. Cir Pediatr 2000; 13: 73-76
- **Neurorradiología: Grossman & Yousem.** Autores : Robert Grossman. Capitulo diez: Orbita, Pág. 469 -516 . Editorial Marbán . 2007 Madrid . España.