

Ilustre Colegio Oficial de  
Médicos de Teruel



Atalaya

MÉDICA TUROLENSE

2015

Nº 7



**Presidente:** Ismael Sánchez Hernández

**Vicepresidente:** Jesús Ángel Martínez Burgui

**Atalaya Medica Turolense** es el nombre de la cabecera de la revista que edita el Colegio Oficial de Médicos de Teruel. Esta revista servirá también para publicar aquellos temas que en cada momento interesen o preocupen a la profesión médica: Documentos de ética y deontología, observaciones o recomendaciones sobre aspectos asistenciales, legislación, convocatoria de premios, concursos, temas de interés médico actual, actividades colegiales, etc.

Se trata de una publicación de carácter semestral, abierta a todos los Médicos Colegiados en Teruel.

## Comité Editorial:

**Director:** Jesús Ángel Martínez Burgui

**Subdirector:** Jesús Sánchez Padilla

## Vocales del Colegio de Médicos de Teruel:

Sonia Sebastián Checa

Pedro I. Bono Lamarca

Beatriz Sanchís Yago

Agustín Galve Royo

Miguel Nassif Torbey

## Comité Científico:

**Coordinador:** Jesús Ángel Martínez Burgui

José Manuel Sanz Asín (Servicio de Neurología del Hospital Obispo Polanco)

Clemente Millán Giner (Atención Primaria de Alcañiz)

Antonio Martínez Oviedo (Servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco)

Carlos Izquierdo Clemente (Atención Primaria de Zaragoza)

Francisco Rodilla Calvelo (Servicio de Farmacología del Hospital Obispo Polanco)

Vicente Estopiñán García (Servicio de Endocrinología del Hospital obispo Polanco)

Rafael Saenz Guallar (Atención Primaria de Alcañiz)

José Enrique Ruiz Laiglesia (Servicio de Nefrología del Hospital Clínico)

Juan Carlos Cobeta García (Servicio de Reumatología del Hospital Miguel Servet)

Juan Antonio Domingo Morera (Servicio de Neumología del Hospital Miguel Servet)

Ivan Ulises Fernández-Bedoya Korón (Servicio de Radiodiagnostico del Hospital Obispo Polanco)

Joaquín Velilla Moliner (Servicio de Urgencias del Hospital Miguel Servet)

Enrique Alonso Formento (Servicio de Urgencias del Hospital Miguel Servet)

Ana Cristina Utrillas Martínez (Servicio de Cir. General y Aparato Digestivo del Hospital Obispo Polanco)

**DISEÑO y MAQUETACIÓN:** M.A. Cano

**Edita:** Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Teruel

Depósito Legal TE-131-2013

ISSN 2254-2671

Indexada en LATINDEX - Folio 24152

# SUMARIO

## Colaboración científica

Fray Luis de Granada y Juan de Arfe. Anatomistas del Renacimiento. F. Valle

5

## Revisión científica

Mordedura por víboras. A. Martínez / M<sup>a</sup> J. Borruel / L.J. Floria / M<sup>a</sup> T. Espallargas / I. Burgués

9

## Originales

Nuevos tratamientos en la Esclerosis Múltiple. A. González / L. Jarauta / J. Borrás / V. Caballero / F. Rodilla

Tratamiento de la Hepatitis C en la era de los nuevos antivirales. A. González / E. Garza / V. Caballero / F. Rodilla

Influencia de la vacunación antirrotaviral en la prevención de casos de gastroenteritis aguda en niños nacidos en el Sector Teruel entre los años 2011-2012. Á. Domingo

15

## Notas Clínicas

Doctor, ¿otra apendicitis?. M<sup>a</sup> J. Borruel / A. Martínez / A. Arturo Moreno / V. Estabén

Leishmaniasis visceral en pediatría. Revisión de nuestra casuística. T. Díaz / P. Sanz / V. Caballero / L. García / N. Martín / C. Castaño

Intoxicación con dosis inusualmente altas de Paracetamol. A. Díaz de Tuesta / L. Usieto / J. Velilla / D. Lahoz

Detección casual de un paraganglioma familiar en un niño afecto de acalasia. V. Caballero / P. Sanz / A. González / T. Ojuel

Estadío final de una enferma con CIA tipo Ostium Primum sin tratamiento quirúrgico. T. Ojuel / V. Caballero / M<sup>a</sup> C. Valdovinos

Colgajo libre de músculo gracilis para reparación de eminencia tenar en paciente electrocutado. M<sup>a</sup> P. Muniesa / M<sup>a</sup> T. Espallargas / L. Javier Floría

Obstrucción completa de la carótida interna diagnosticada por oftalmólogo. María Pastor / T. Perales / N. Navarro

Cefalea hípica secundaria a malformación arteriovenosa cerebral. M. León / W. Pita / V. Suárez / C. Iannuzzelli

Enfisema periorbitario tras sonarse la nariz. C. Blanco / F. Roderó / F. J. Esteban / T. Díaz

37

## Diagnóstico por imagen

Sepsis meningocócica. E. C. López / I. Coscollar / C. Castaño

Luxación temporomandibular bilateral secundaria a crisis comicial. E. C. López / V. Estabén / C. López

Tendón Peroneo accesorio en corredera retromaleolar: Conflicto de espacio. A propósito de un caso. M. P. Muniesa / M. Guillén / J. M. Villalba

Calcificación en "palomitas de maíz": Signo patognomónico de Hamartoma. T. Díaz / C. López / A. Martínez

77

## Celebraciones y eventos

Cursos impartidos

Celebración del Día de la Patrona

81

## ENFISEMA PERIORBITARIO TRAS SONARSE LA NARIZ

Dra. Carla Blanco Pino<sup>1</sup> / Dr. Fernando Rodero Álvarez<sup>2</sup> / Dr. Francisco José Esteban Fuentes<sup>2</sup> / Dra. Tania Díaz Díaz<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Residente de Medicina de Familia y Comunitaria. Hospital Obispo Polanco. Teruel

<sup>2</sup> FEA del Servicio de Urgencias. Hospital Obispo Polanco. Teruel

### RESUMEN

El traumatismo facial es un motivo de consulta frecuente en nuestro medio. Presentamos el caso de un paciente que sufrió un enfisema periorbitario al sonarse la nariz tras un traumatismo facial.

El enfisema orbitario suele tener una etiología traumática debida a la fractura de la pared interna o del suelo de la órbita. Las limitaciones de la radiología convencional en este tipo de fracturas hacen de el TAC la técnica de elección. El tratamiento es controvertido.

### PALABRAS CLAVE

traumatismo facial, enfisema orbitario, TAC

### ABSTRACT

Facial trauma is a frequent complaint in our midst. We report the case of a patient who suffered a periorbital emphysema to blow your nose after facial trauma.

The orbital emphysema usually a traumatic etiology due to fracture of the inner wall or orbital floor. The limitations of conventional radiology in this type of fracture of the TAC make the technique of choice. The treatment is controversial.

### KEY WORDS

facial trauma, orbital emphysema, TAC

### INTRODUCCION

Los traumatismos faciales se presentan frecuentemente en nuestro medio. La etiología más común son los accidentes de tráfico y deportivos. Las fracturas nasales son las más frecuentes del macizo facial (aproximadamente el 50%) ya que es la estructura más débil y prominente<sup>1,6</sup>.

la nariz es una estructura piramidal con un vértice superior y una base inferior formado por un esqueleto osteocartilaginoso y una cobertura musculocutánea que contiene dos cavidades o fosas nasales, separadas por el septum nasal.

Los huesos nasales se prolongan hacia arriba y hacia delante con el hueso frontal, hacia abajo y hacia afuera con la apófisis ascendente del maxilar superior. Su porción central esta constituida por la

lámina ósea vertical, formada por la lámina perpendicular del etmoides y el vómer que descansan sobre la cresta del maxilar.

La órbita se encuentra relacionada anatómicamente. Limitada superiormente por el hueso frontal, inferiormente por el maxilar, posteriormente por el esfenoideas y anteriormente por el lagrimal y la apófisis frontal del maxilar. La lámina papirácea del etmoides es la pared medial e interna de la órbita<sup>2</sup>.

### CASO CLINICO

Se presenta el caso de un varón de 38 años que acude al Servicio de Urgencias con edema periorbitario en ojo izquierdo tras maniobra de valsal-



Fig. 1. Extenso enfisema periorbitario izquierdo.

va sonándose la nariz. Como antecedente refiere la tarde previa rodillazo en zona sub-orbitaria izquierda jugando al rugby sin pérdida de conciencia. No otra clínica acompañante.

El paciente presenta constantes estables, buen estado general. A la exploración facial se observa edema infraorbitario izquierdo con crepitación a la palpación. No hematoma ni escalones óseos periorbitarios. Pupilas isocóricas y normoreactivas, agudeza visual normal. Movilidad ocular conservada no dolorosa. No nistagmo. Pares craneales normales. A la palpación de huesos propios no encontramos deformidades, hematoma ni crepitación. No afectación de la articulación temporomandibular. Orofaringe sin hallazgos. Auscultación cardiopulmonar normal.

Se le realiza una radiografía de senos paranasales sin encontrarse lesiones óseas agudas. En el TC se identifica trazos de fractura que afecta a los huesos propios nasales de ambos lados (predominio izquierdo) y la pared superolateral del seno maxilar izquierdo. Sin alteraciones relevantes en la morfología del globo ocular. También se encontraba un extenso enfisema subcutáneo periorbitario, fundamentalmente en la región infraorbitaria, con mínimo componente aéreo en la región medial de la articulación temporomandi-

bular izquierda, adyacente al trazo de fractura en la pared lateral del seno.

Ante los hallazgos del TAC se derivó al Servicio de Cirugía Maxilofacial de su hospital de referencia. Veinticuatro horas después es revaluado por dicho servicio observándose diplopía, por lo que se realizó interconsulta el Servicio de oftalmología, que tras exploración completa descartó patología ocular, atribuyendo el síntoma a la limitación ocular producida por el edema.

Se decide tratamiento conservador realizándose taponamiento nasal durante 48 horas, evitando maniobras de valsalva, asociándose analgesia y antibioticoterapia.

Actualmente sigue controles periódicos por el Servicio de Cirugía Maxilofacial.

## DISCUSION

La fractura de huesos nasales es una entidad importante ya que un alto porcentaje son secundarias a traumatismo facial. Se pueden clasificar en:

- Simples, en las que únicamente están afectados los huesos propios.
- Compleja, donde también existe una desviación del septo.
- Naso-orbito-etmoidales, donde se aboga por un tratamiento más conservador debido a que es uno de los patrones de fracturas más difíciles de reparar<sup>4</sup>.

En ocasiones dada la íntima relación de los huesos propios con los huesos que conforman la órbita facilita la aparición de fracturas a varios niveles. Las fracturas de la pared media de la órbita se asocian normalmente a fracturas del suelo de la órbita, pasando desapercibidas con frecuencia. Se sospechan por el antecedente traumático y la presencia de algunos signos clínicos como: enfisema periorbitario o palpebral, epítaxis, limitación de la motilidad del globo ocular por atrapamiento del músculo recto medio (diplopía horizontal) o trastornos del drenaje lagrimal por sección de los conductos<sup>1,5</sup>.

El enfisema periorbitario que es un síntoma frecuente asociado a las fracturas de las paredes de la órbita, y fue el motivo por el que nuestro paciente consulta en el Servicio de Urgencias.

Presentaba afectación del seno maxilar izquierdo cuyo síntoma más frecuente es la diplopia que no siempre se debe a una afectación del músculo recto inferior, ya que puede ser por la herniación de grasa orbitaria o al propio edema/hemorragia periorbitarios que ejercen presión sobre el globo ocular. En este último caso la diplopia se resuelve en unos días.

Ante estas fracturas debemos hacer un diagnóstico diferencial con los trazos de fractura de la clasificación de Le Fort. En ella se distinguen tres tipos, siendo indispensable la afectación de una o de las dos apófisis pterigoides<sup>2</sup>:

- Le Fort I, con afectación del contrafuerte transversal maxilar inferior producido por un traumatismo horizontal sobre la región del labio superior.

- Le Fort II, con afectación del contrafuerte maxilar lateral, el suelo de órbita y la unión nasofrontal. Normalmente producido por un fuerte traumatismo sobre la región frontal central.

- Le Fort III, afectación de las suturas cigomáticofrontal y cigomáticoesfenoidal, del suelo de la órbita y de la unión nasofrontal<sup>3</sup>.

En el caso presentado se puede encontrar

similitud con la fractura Le Fort tipo II, sin embargo debido a que no presenta fractura de ninguna de las apófisis pterigoides y no ser bilateral no podemos incluirlo dentro de este grupo<sup>7</sup>.

Respecto al tratamiento de las fracturas nasales se coincide en que en el caso de fracturas simples sin desplazamiento deben tratarse con ferulización. Y aquellas fracturas con deformidad septal y desplazamiento de fragmentos requerirán reducción cerrada y en la mayoría de los casos rinoplastia.

El tratamiento del enfisema periorbitario es conservador. Consiste en observación y evitar sonarse la nariz. El aire se reabsorbe en 2-14 días. Puede ser útil el uso de descongestionantes nasales, antibióticos, o corticoides para evitar complicaciones: como el desplazamiento de estructuras anatómicas, daño en pares craneales, neumotórax y neumomediastino<sup>2</sup>.

El tratamiento de fracturas que afectan a distintos niveles faciales, como es nuestro caso, es controvertido y se han realizado diversos estudios sin llegar a consenso. Lo que sí afirman la mayoría de los autores es el TAC como técnica de elección diagnóstica<sup>2,3,4</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Kelley, BP; Downey, CR; Stal, S. Evaluation and Reduction of Nasal Trauma. *Seminars in Plastic Surgery*. 2010;24(4):339-347. doi:10.1055/s-0030-1269763.
2. Ortiz Egea, Jose Manuel; Lopez Molina, Mercedes; Blanco Marchite, Cristina Isabel. Enfisema orbitario. A propósito de dos casos. *Archivos de Medicina*, Vol. 4, Núm. 2, 2008, pp. 1-7. iMedPub
3. Rubio Marco, I; Tirapu Tapiz, M; Jiménez Veintemilla, C; Rodríguez de la Fuente, P; Tajadura Iso, F; Atienza Arellano, P. Un enfoque práctico para el estudio de las fracturas faciales con TC. Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Virgen del Camino. Pamplona, Navarra. [http://www.seram2010.com/modules/posters/files/pster\\_fracturas\\_faciales\\_tc.pdf](http://www.seram2010.com/modules/posters/files/pster_fracturas_faciales_tc.pdf)
4. Casarramona Lobera, F; Belda Jornet, V; Pou Calvo, R; Cruz Llobet, J; Daza López, M; Cuadrada Majó, C. E. source. Enfisema parpebral por fractura de la lámina papirácea del etmoides. *Emergencias (Sant Vicenç dels Horts)*; 15(4): 247-249, jul. 2003.
5. Díaz Fernández, JM; Pécora Arias, P; Salazar Cutiño, B; Besse Díaz, R. ¿Es el enfisema periorbitario una implicación del traumatismo facial?. *MEDI-SAN* 2008;12(1) <[http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol12\\_1\\_08/san10108.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol12_1_08/san10108.htm)>
6. Mayersak RJ. Facial trauma in adults. <http://www.uptodate.com/contents/facial-trauma-in-adults/contributors>
7. Le Fort II Fractures Are Associated With Death: A Comparison of Simple and Complex Midface Fractures. Bellamy, Justin L. et al. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, Volume 71, Issue 9, 1556 - 1562.