



# TRAUMA CONTUSO...?

## REPORTE DE CASO CLINICO



Bianchi P.\*

Rundie L.\*\*

Càtedra de Oftalmologia Hospital de Clinicas UDELAR

Montevideo Uruguay

\*Residente de Oftalmologia

\*\*Asistente Grado 2 Càtedra de Oftalmologia

### INTRODUCCION

Los traumatismos craneofaciales demandan una exhaustiva exploración física en busca del correcto diagnóstico de la cinemática del trauma y del balance lesional, el contexto en el cual se da el trauma es de vital importancia para el diagnóstico lesional.

En nuestro país, cuando el contexto es un penal de reclusión de alta peligrosidad, ningún mecanismo cinemático puede a priori ser descartado y quizás el menos pensado debe ser tenido en cuenta.

### CASO CLINICO

Paciente de SM, de 32 años de edad, Privado de Libertad.

Es derivado para valoración por Servicio de Oftalmología del Hospital de Clinicas por sufrir trauma contuso con palo de escoba a nivel orbitario derecho, sin pérdida de conocimiento.

Paciente relata trauma con palo de escoba en sitio descrito con pérdida inmediata de AV.

Del examen se destacaba: hematoma y edema bipalpebral y perirbitario derecho, lesión de 3mm de diámetro con sangrado detenido en región nasal superior derecha. AV NVL en OD, 10/10 en OI, presentaba en OD pupila midriática arreactiva, oftalmoplejia, en lámpara de hendidura córnea, cámara anterior, cristalino y Fondo de Ojo sin alteraciones.

Se solicita TC cráneo y órbita con planteo de fractura de vértice de órbita. (síndrome del vértice). La misma informa: fractura de pared medial de órbita sin otras alteraciones en globo ocular ni orbitarias, con un foco contusivo hemorrágico parenquimatoso temporo-medial derecho.

Pasa a sector de monitorización para valoración con neurocirugía.

Con las alteraciones tomográficas se sospecha trauma penetrante intracraneano a través de lesión nasal en piel, atravesando pared medial de órbita y llegada a parenquima encéfalico a través de la hendidura esfenoidal, con la sección nerviosa de oculomotores y el daño mecánico al II par, que se confirma con hallazgo posterior en la RNM.

Paciente admite en diferido el trauma penetrante, negándolo inicialmente debido a que era "dueño" de dicha "arma carcelaria".



### CONCLUSION

Lamentablemente existen "cortes" y "armas" carcelarias que debemos siempre tener en cuenta en la valoración cinemática del trauma de estos pacientes, haciendo hincapié en los hallazgos clínicos y paraclínicos, debido a que los interrogatorios pueden no ser fiables.



Registro de noticia publicada en 8/2020, a los 15 días de haber recibido al paciente en el Hospital.

BIBLIOGRAFIA Gregory L. Skuta, Louis B. Cantor, Jayne S. Weiss. Curso de Ciencias Básicas y Clínicas Sección 12 2011-2012, American Academy of Ophthalmology, 160-166