

Amaurosis bilateral transitoria

Una complicación poco frecuente en cirugías traumatológicas

JULIO STEFANIZZI, EDUARDO DE LA VEGA, NURIA AMARILLA, ALEJANDRO LALUF,
SEBASTIÁN ARAGÜES CHAUVEAUX y LEONARDO JAVIER QUIROZ

Servicio de Ortopedia y Traumatología, Hospital Dr. Julio C. Perrando, Resistencia, Chaco, Argentina

Caso clínico

Un paciente de 53 años es derivado del interior de la provincia del Chaco por presentar un politraumatismo a causa de un accidente de tránsito. Ingresó en el servicio de guardia y emergencia, donde se constata dolor, tumefacción, desaje del miembro inferior derecho y herida cortante de 3 cm de longitud en la cara lateral del muslo derecho. Está hemodinámicamente compensado, con pulsos distales presentes. Como antecedente refiere tabaquismo y etilismo crónicos. En las radiografías solicitadas se constata fractura basicervical, fractura subtrocantérea de cadera expuesta Gustilo tipo II y fractura supraintercondílea homolateral del fémur (Figs. 1, 2, 3 y 4).

Se decide realizar limpieza quirúrgica y estabilización transitoria con tracción esquelética en la tuberosidad anterior de la tibia. Después de dos semanas con buena evolución de las partes blandas y sin crecimiento de gérmenes en los cultivos, el paciente ingresa en el quirófano, luego de la realización de los exámenes prequirúrgicos completos y de la evaluación por clínica médica.

Colocado el paciente en decúbito dorsal en una camilla ortopédica con tracción, se efectúa anestesia general con intubación endotraqueal. Se realiza una incisión ampliada en la cara lateral del muslo y ante la imposibilidad de lograr la reducción deseada, se estabiliza con un sistema de compresión dinámico para cadera y supracondílea de fémur superpuestos (DHS y DCS, respectivamente) (Figs. 5, 6, 7 y 8).

En el intraoperatorio, y debido a la pérdida hemática, se transfunden 5 unidades de glóbulos rojos y 3 unidades de plasma, ya que el paciente sufre una descompensación hemodinámica por hipovolemia.

Al finalizar la operación, se realizan curas planas, se revierte la anestesia y se lo traslada a la sala de cuidados intensivos luego de 5 horas de cirugía.

En la evaluación llevada a cabo 7 horas después, el paciente se encuentra hemodinámicamente compensado y se constata amaurosis bilateral. Se realiza un examen físico en el que se advierte la ausencia de motilidad intrínseca y extrínseca de ambos ojos. El paciente no tenía dolor, inyección conjuntival, hematomas ni edema palpebral. Se solicita de inmediato una interconsulta con el servicio de oftalmología. El examen de fondo de ojo revela papilas pálidas sin edema. También se consulta con un neurólogo, quien solicita con urgencia una tomografía computarizada de cráneo. Ésta informa áreas de infarto isquémico agudo que comprometen los territorios cerebrales posteriores con obliteración de los surcos de vecindad y colapso parcial de los atrios ventriculares, lo cual se vincularía con una ceguera cortical (Figs. 9 y 10). A las 36 horas el paciente recupera gradualmente la visión, que se normaliza a los 3 días de comenzado el episodio.

El diagnóstico definitivo fue isquemia occipital transitoria por hipovolemia. Fue derivado nuevamente a nuestro servicio a los cinco días de la cirugía con buena evolución de las heridas y recuperación ad íntegram de la visión, por lo cual se le otorga el alta hospitalaria a los 7 días del evento.

Discusión

Las amaurosis como complicaciones posoperatorias son poco frecuentes, pero existen informes desde 1950.

Recibido el 22-7-2008. Aceptado luego de la evaluación el 22-7-2008.

Correspondencia:

Dr. LEONARDO JAVIER QUIROZ
jaquiroz@hotmail.com



Figuras 1, 2, 3 y 4. Preoperatorio: fractura basicervical, más fractura subtrocantérea de cadera expuesta Gustilo tipo II y fractura supraintercondílea homolateral del fémur derecho.



Figuras 5, 6, 7 y 8. Posoperatorio: reducción a cielo abierto y osteosíntesis con sistema de compresión dinámica (DHS y DCS) superpuestos.

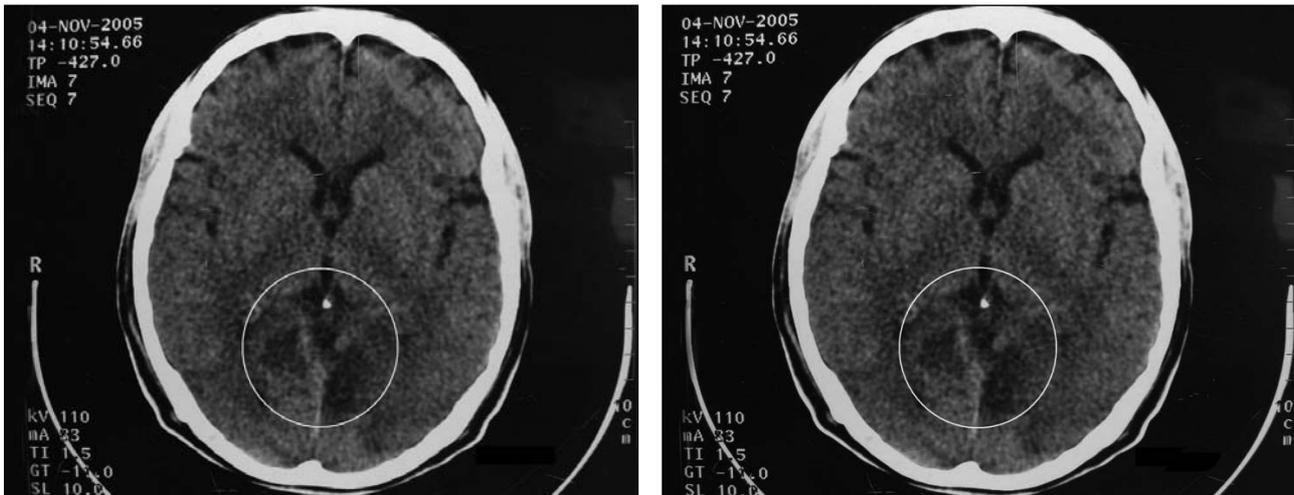
Para algunos autores, como Stevens, esta complicación representa el 0,20% (en cirugías de la columna); en cambio Myers,⁵ en un trabajo multicéntrico, comunica un caso por año por cada 100 cirujanos.

Las causas de amaurosis posoperatorias son:^{1,6} isquemia del nervio óptico, infarto del lóbulo occipital, trombosis de la vena central de la retina o daño directo de los globos oculares por compresión. Para ambos autores, la causa más frecuente fue la isquemia del nervio óptico seguida del infarto de los lóbulos occipitales. En nuestro ca-

so la ceguera fue bilateral, transitoria, hubo recuperación completa y la causa fue la isquemia occipital transitoria.

Investigaciones recientes proponen que la hipotensión arterial y el tiempo de cirugía tienen una participación importante en este tipo de complicación.²

Otros autores relacionan la pérdida de la visión con el tiempo quirúrgico y el volumen de pérdida hemática (Grossman, Ward, Katzman).⁴ Por otra parte el tabaquismo, la hipertensión arterial, la diabetes, la anemia, los antecedentes de glaucoma³ y los trastornos en la coagula-



Figuras 9 y 10. Tomografía computarizada de cráneo: áreas de infarto isquémico agudo que comprometen los territorios cerebrales posteriores con obliteración de los surcos de vecindad y colapso parcial de los atrios ventriculares.

ción se consideran factores de riesgo, ya que la frecuencia de trastornos oculares posquirúrgicos en este tipo de pacientes es del 1%.

Se han informado casos de amaurosis en cirugías espinales, en las que desempeñan un papel importante el decúbito prono del paciente y el tiempo de cirugía.⁷ También se ha visto en otro tipo de cirugía, como resecciones colónicas o cardíacas a cielo abierto, en las cuales se postula que la volemia circulante, el tiempo quirúrgico y la hipotensión tienen una participación preponderante en la etiopatogenia de la ceguera.

Conclusiones

Se debe advertir al paciente acerca de esta complicación y hacerla constar en el consentimiento informado en casos de cirugías prolongadas y cuando se sospeche una gran pérdida hemática. También los antecedentes de hipertensión arterial, diabetes, trastornos de la coagulación, anemia, tabaquismo y alcoholismo deben considerarse factores de riesgo. En caso de producirse amaurosis posquirúrgica, la consulta oftalmológica de urgencia es la regla.

Bibliografía

- Beck RW, Servais GE, Hyreh SS.** Anterior ischemic optic neuropathy. *Ophthalmology*. 1987;4:1503-08.
- Brown RH, Schauble JF, Miller NR.** Anemia and hypotension on as contributors to perioperative loss of vision. *Anesthesiology*. 1994;80:222-26.
- Hayreh SS.** Blood supply of the optic nerve head and its role in optic atrophy, glaucoma and oedema of the optic disc. *Br J Ophthalmol*. 1954;52: 819-30.
- Katzman SS, Moschonas GG, Dzioba RB.** Amaurosis secondary to massive blood loss after lumbar spine surgery. *Spine*. 1994; 19:468-69.
- Myers MA, Hamilton SR, Bogosian AJ.** Visual loss as a complication of spine surgery. A review of 37 cases. *Spine*. 1997;22: 1325-29.
- Rizzo JF, Lesselle S.** Posterior ischemic optic neurophatyduringgeneral surgery. *Am J Ophthalmol*. 1997;103:808-11.
- Wolfe SW, Lospinuso MF, Burke SW.** Unilateral blindness as a complication of patient positioning for spinal surgery. A case report. *Spine*. 1992;17:600-5.