PRESENTACIONES DE CASOS

Trauma ocular a globo abierto en zona I

Open globe ocular trauma in zone I

Dra. Dunia Cruz Izquierdo, Dr. Armando Capote Cabrera, MSc. Taimi Cárdenas Díaz, Dra. Maria del Carmen Benítez Merino, Dr. Justo Luís Noriega Martínez

Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer". La Habana, Cuba.

RESUMEN

El trauma ocular, a globo abierto o cerrado, ocasiona gran ansiedad al lesionado, ya que su pronóstico visual está en relación con la conducta médica en el servicio de urgencia. La conducta debe ser específica para cada caso y así minimizar las complicaciones que se presentan en estos pacientes como: catarata y glaucoma de muy difícil manejo. Se describe un paciente de 43 años de edad que sufrió un trauma vegetal a globo abierto en zona I, con una espina de Marabú en el ojo derecho hace 3 meses. Refirió disminución de la agudeza visual de movimiento de mano a un metro, lagrimeo y sensación de cuerpo extraño. Acude al Instituto "Ramón Pando Ferrer", con la herida corneal suturada en su provincia y catarata traumática. Se le realizó facoaspiración de cristalino, pupiloplastia, implante de lente intraocular de cámara posterior, con seguimiento a las 24 horas y al mes de operado. El paciente alcanzó una agudeza visual con corrección óptica de 1,0 en la cartilla de Snellen al mes de operado.

Palabras clave: Catarata traumática, trauma vegetal.

ABSTRACT

The ocular trauma, either open or closed globe, causes great anxiety to the injured, since the visual prognosis depends on an adequate medical performance at the emergency service. The performance should be specific to the case in question in order to minimize the possible complications that might occur such as cataract and glaucoma, very difficult to be managed. The case of a 43 year-old patient, who

suffered an open globe vegetal trauma in area 1 in his right eye caused by one marabú thorn 3 months ago, was presented. He mentioned decreased visual acuity at one-meter distance, tears and feeling of foreign body in the eye. He went to "Ramón Pando Ferrer" Cuban Institute of Ophthalmology, with his corneal wound sutured and traumatic cataract. He underwent phacoaspiration in the crystalline, pupiloplasty, intraocular lens implantation in the posterior chamber and he was followed-up the first 24 hours and one month after surgery. The patient finally reached visual acuity with optical correction of 1,0 in Snellen´s chart one month after the surgery.

Key words: Traumatic catarat, vegetable trauma.

INTRODUCCIÓN

Los traumatismos oculares en general, constituyen una causa frecuente de consulta en los servicios de urgencias. El trauma puede ser unilateral o bilateral y provoca amaurosis parcial o total en la mayoría de los casos. Presenta una frecuencia mayor en el sexo masculino y en edades tempranas de la vida. Esta situación repercute en el estado afectivo del individuo y provoca cambios en su estilo de vida.

Los traumas oculares en niños son frecuentes y constituyen la segunda causa de atención oftalmológica en los servicios de urgencia. Esto da una idea de la elevada frecuencia de ambliopía por trauma y se convierte en un problema de salud a dominar dentro de la práctica oftalmológica diaria.[1]

La atención inicial del traumatismo constituye un proceder vital porque además de aliviar la ansiedad del paciente y de sus familiares, define la conducta a seguir en relación con las lesiones encontradas, sean de urgencia o no. Muchos de estos casos necesitan más de una intervención quirúrgica por las complicaciones frecuentes posoperatorias encontradas tales como: catarata y glaucoma de difícil manejo.

En 1996 un grupo de oftalmólogos en Atlanta (EE. UU.) describió una clasificación estandarizada de traumatismo ocular. Esta clasificación evaluando los parámetros funcionales de capacidad visual, zona afectada y reflejos pupilares, dándole a cada uno de ellos una puntuación permitía conocer una agudeza visual final pronóstica cuantitativamente.[2] Aplicar la escala de puntuación del trauma ocular, tiene como ventaja que una vez entendida, es fácil de recordar, porque un sistema complicado se olvida rápidamente y complicaría su uso.

En un estudio realizado, en nuestro país, se aplicó esta escala de puntuación y en la mayoría de los casos se evidenció la coincidencia con la agudeza visual pronosticada. En los pacientes con cuerpo extraño intraocular no se comportó de igual manera.[3]

Se describe el manejo y evolución de un caso de trauma ocular a globo abierto en zona I. Se muestran los estudios realizados, las imágenes del preoperatorio (a las 24 horas y al mes) y la agudeza visual final mejor corregida.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 43 años de edad y trabajador agrícola. En el interrogatorio refirió una historia de un trauma en el ojo derecho (OD) con una espina de marabú hacía tres meses. Esta situación le provocó disminución brusca de la agudeza visual, lagrimeo y sensación de cuerpo extraño. En su provincia es atendido y se le realizó sutura de la herida corneal. Después acude a nuestro centro para valoración y tratamiento médico quirúrgico.

No se recogen antecedentes patològicos personales, ni familiares. Como datos positivos al examen oftalmológico presentaba: agudeza visual sin corrección óptica (AVSC) en el OD de movimiento de mano a un metro y en el ojo izquierdo (OI) natural (1.0), presión intraocular con tonòmetro de aire de 14 y 13 mmHg, respectivamente. En el segmento anterior mostraba: inyección cilioconjuntival moderada, córnea con leucoma de 3 mm en nasal superior, hora 2, sin afectaciòn del eje visual. La cámara anterior estaba formada y estrecha en área nasal con sinequias posteriores del iris a la cápsula anterior del cristalino rota, y opacidad total del cristalino (Fig. 1).

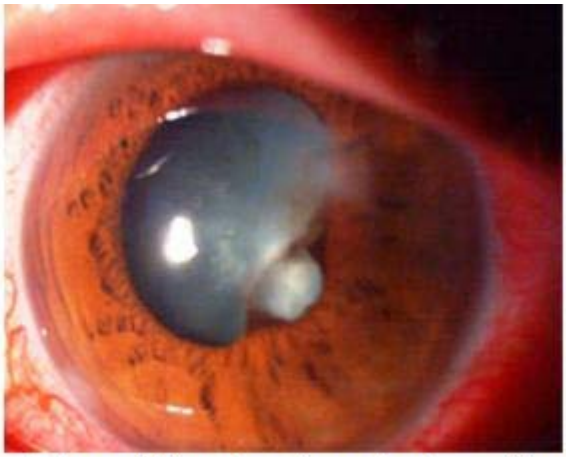

Fig.1. Catarata traumática, sinequias posteriores e iris englobando el material del cristalino.

En el preoperatorio se le realizó en el OD: queratometría, agudeza visual sin corrección óptica, presión intraocular con tonómetro de aire de no contacto, biometría por IOL Máster, microscopia endotelial. Al ultrasonido ocular en el OD la retina estaba aplicada y existía un desprendimiento posterior del vítreo.

Se determinó realizarle en el ojo afecto una facoaspiración del cristalino, con implante de lente intraocular de cápsula posterior y pupiloplastia. (Fig. 2) Al mes de operado la AVSC del OD era de 0,6 y con una refracción dinámica de -1,00-1,00 × 90°, alcanzó la unidad (Fig. 3).

Fig. 2. Se visualiza el ojo a las 24 horas de operado con discreto edema corneal, cámara anterior formada, bula de aire en el sector superior, pupila central y lente intraocular centrado.

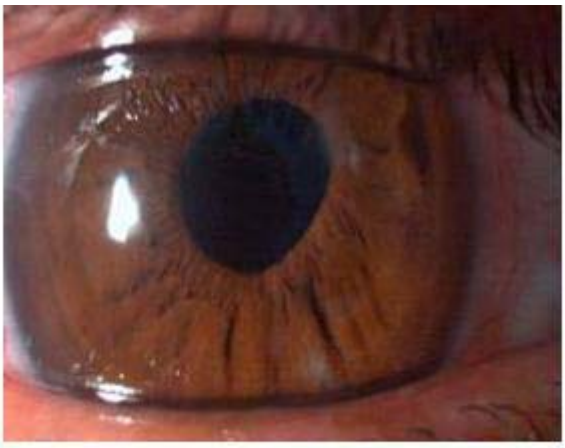

Fig. 3. Paciente a los 30 días de operado, se observa córnea transparente con leucoma de 4 mm de diámetro en hora 2, cámara anterior formada y pupila central.

DISCUSIÓN

En la literatura revisada se describe que el trauma ocular se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino y a edades temprana de la vida, como corresponde en la presentación de este caso.[4,5] *Casanovas* con una razón a favor de los varones de 4:1 en relación con las hembras, coincide con el Registro de trauma ocular de los EE. UU. (por sus siglas en inglés, USEIR) que es de 4,6:1, y el de Hungría (por sus siglas en inglés, HEIR) de 4,3:1.[6,7] En el Hospital Universitario de Split en Croacia, se reportan resultados similares, con una mayor frecuencia de trauma en hombres (84,3 %) que en mujeres (15,7 %).[8]

Múltiples son las actividades relacionadas con los traumatismos y las causas varían en dependencia del país y el grupo poblacional que se estudie. Por ejemplo, en un estudio realizado en el Hospital Provincial Docente de Ciego de Ávila, se constata el medio de laboral como primer lugar de ocurrencia de los traumas oculares (54,42 %).[9] Otros plantean las actividades agrícolas, donde con frecuencia se presentan úlceras corneales de etiología micótica.[10] *Welch* y colaboradores plantean las agresiones para un 26,3 % en estudio realizado en el Hospital Militar con un total de 72 pacientes.[11]

Cuando se estudia el comportamiento del trauma ocular en el deporte, los autores hacen referencia fundamentalmente al boxeo, aunque varía en dependencia al país y el deporte que se practique.[12]

Las complicaciones después de un trauma ocular abierto o cerrado son frecuentes y depende del oftalmólogo, su detección, manejo y prevención. La catarata se encuentra dentro de las más frecuentes. *Pons* describe los resultados anatómicos y visuales de la cirugía de catarata traumática en niños de 9 a 11 años (45,6 %) con predominio de trauma contuso.[13] *Alonso* y otros reportan un caso de trauma con catarata asociada en un niño de 10 años que mientras jugaba en el campo se clavó un cuerpo extraño.

Es importante tener en cuenta que todo paciente con un trauma ocular y más politraumatizado, requiere de un grupo de especialistas conocedores del tema para minimizar las intervenciones quirúrgicas. Mientras menos sean el número de procederes quirúrgicos mejor será el pronóstico visual final.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ben Zina Z, Jamel F, Wissam K, Rym K, Mustapha A, Mohamed A, et al. Ocular trauma in children: report of 136 cases. Tunis Med. 2000;78(10):[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11190742

2. Kuhn F, Morris R, Witherspoon CD, Heimann K, Jeffers JB, Treister G. A standardized classification of ocular trauma. Ophthalmology. 1996;103(2):[aprox. 3 p.]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8594508

3. Cruz Izquierdo D, Castillo Pérez AC. Caracterización epidemiológica del trauma ocular a globo abierto en zona 1 de mayo 2007 a mayo 2008. [Tesis]. La Habana: Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer"; 2009.

4. Curbelo Concepción D, Triana Casado I, Medina Perdomo J. Comportamiento de los traumatismos oculares en pacientes ingresados en el Instituto Cubano de Oftalmología. MEDISUR. 2009;7(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2009000300005&lng=es

5. Torres García D, Morejón Zanz AC, Quintana Sánchez A, Ribott Ruiz LA. Aspectos clínico epidemiológicos de los traumatismos oculares mecánicos en el Hospital "Faustino Pérez". Revista Misión Milagro. 2009;3(2):[aprox. 12 p.]. Disponible en: http://www.misionmilagro.sld.cu/vol3no2/inv3202.php

6. Casanovas Gordó JM. Traumatismos Oculares. Pediatr Integral. 2005;IX(6):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Traumatismos_oculares(1).pdf

7. Kuhn F, Mester V, Berta A, Morris R. Epidemiology of severe eye injuries. United States Eye Injury Registry (USEIR) and Hungarian Eye Injury Registry (HEIR). Ophthalmologe. 1998;95(5):[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9643026

8. Grewal DS, Jain R, Brar GS, Grewal SP. Posterior capsule rupture following closed globe injury: Scheimpflug imaging, pathogenesis, and management. Eur J Ophthalmol. 2008;18(3):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18465732

9. Landrián Iglesias B, Meneses Pérez M, Padrón Pereira ME, Pérez Marrero MJ, Corcho Mata D. Consideraciones clínico-epidemiológicas de los traumatismos oculares. Mediciego. 2006;12(1):[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol12_supl1_06/articulos/a12_v12_supl106.html

10. González Sotero J. Factores de riesgo en pacientes con sospecha de úlcera corneal micótica en Pinar del Río. Rev Cubana Oftalmol. 2010; 23(2):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762010000200010&lng=es

11. Welch Ruiz G, Fundora Salgado V, Martínez Ribalta J, Zerguera Rodríguez T. Traumatismos Oculares. Rev Cubana Oftalmol. 2007;20(2):[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/oft/vol20_2_07/oft14207.html#cargo

12. Fernández Sánchez A, Mesa Hernández E, Benítez Guardiola AA. El Boxeo, es el deporte con mayor frecuencia de trauma ocular?. Rev Cubana Oftalmol. 2006;19(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762006000200008&lng=es

13. Pons Castro L, Arias Díaz A, Naranjo Fernández RM, Méndez Sánchez TJ, Hernández Santos LR. Resultados del tratamiento quirúrgico de la catarata traumática en edad pediátrica. Rev Cubana Oftalmol. 2010;23(2):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762010000200004&lng=es

14. Alonso Martínez AM, Viana Gil M, Sánchez Dasca P. Catarata traumática en infancia: a propósito de un caso de un niño con un traumatismo inciso en un ojo en una consulta de Pediatría de Atención Primaria. SEMERGEN 2003;29(5):[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13047272&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=40&ty=143&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=40v29n05a13047272pdf001.pdf

Recibido: 24 de enero de 2011.
Aprobado: 4 de marzo de 2011.

Dra. *Dunia Cruz Izquierdo*. Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer". Ave. 76 No. 3104 entre 31 y 41 Marianao, La Habana, Cuba. Correo electrónico: duniaci@infomed.sld.cu