

Presentación de dos casos de traumatismo palpebral severo

Presentation of two cases of severe palpebral traumas

Dr. Alexander Pérez Llanes, Dra. Francis Yalile Cárdenas Pérez, Dra. Yaima Hernández Sánchez, Dra. Bárbara Estrada Amador, Dra. Clara Gómez Cabrera, Dra. Ileana Agramonte Centelles

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

RESUMEN

Los traumatismos de los anejos oculares son frecuentes, debido a la ubicación anatómica de estas estructuras y cumplir con una de sus principales funciones de protección del globo ocular. Se pueden clasificar en afecciones traumáticas de párpados, conjuntiva, órbita y traumas del aparato lagrimal. Según los datos aportados por el *United States Eye Injury Registry*, las lesiones de los anejos oculares constituyen el 5 % de todos los traumas oculares y las más frecuentes con 81 % son las laceraciones canaliculares. Se presentan dos casos de pacientes masculinos con diagnóstico de trauma palpebral severo (avulsión palpebral) que fueron atendidos en el servicio de urgencia y recibieron tratamiento quirúrgico con evolución satisfactoria. El reporte de estos casos nos permite un mejor manejo en el diagnóstico y tratamiento de los traumas palpebrales severos.

Palabras clave: trauma ocular, trauma palpebral, avulsión palpebral.

ABSTRACT

The ocular adnexal traumas are common due to the anatomical location of these structures, and the fulfilling of one of its main duties, that is, the protection of the eyeball. They are classified into traumatic conditions of the eyelids, the conjunctiva, the orbit, and lachrymal system traumas. According to data provided by the United States Eye Injury Registry, the ocular adnexal injuries account for 5 % of all ocular traumas, and the most common are canalicular lacerations with 81 %. Two cases of male patients diagnosed with severe eyelid trauma (eyelid avulsion) were presented. They had been

treated in the emergency department; they had undergone surgical treatment with satisfactory results. The report of these cases allows us to better manage the diagnosis and treatment of severe palpebral traumas.

Key words: ocular trauma, eyelid trauma, eyelid avulsion.

INTRODUCCIÓN

Como trauma ocular se considera a toda lesión originada por mecanismos contusos o penetrantes sobre el globo ocular y sus estructuras periféricas y que ocasiona daño tisular de diverso grado de afectación. El compromiso de la función visual puede ser temporal o permanente.¹

La principal función de los anejos oculares es la protección del globo ocular. Los traumas sobre estas estructuras son frecuentes debido a su ubicación anatómica.

Según los datos aportados por el USEIR (*United States Eye Injury Registry*), las lesiones de los anejos oculares constituyen el 5 % de los traumas oculares. Las laceraciones canaliculares son las más frecuentes (81 %), seguido de las deformidades palpebrales (61 %).¹

El rango de edad oscila entre 0 a 90 años, con un promedio de 23 años de edad. En cuanto a la distribución por sexo, el masculino es el más afectado (77 %). En 37 % de los casos, los traumas ocurren por accidentes en el hogar; seguidos de los accidentes en la calle (21 %). Se relacionan frecuentemente actividades de recreación y deporte (11 %).^{1,2}

En Cuba, según estudios realizados, los traumas oculares constituyen 50 % de las causas de ceguera monocular, y entre 10 y 12 % de la ceguera bilateral. El promedio es de 28 años de edad y el sexo más afectado es el masculino (74,03 %). La mayoría de los traumas oculares ocurren en las industrias, actividades relacionadas con la agricultura y el deporte.²

Antes de evaluar las lesiones palpebrales se debe descartar la presencia de lesión ocular a globo abierto y/o cuerpo extraño intraocular, Esto se debe a la alta proporción de lesiones oculares a globo abierto en pacientes con heridas palpebrales.³⁻⁶

Los traumas palpebrales se pueden clasificar según su causa en quemaduras, erosiones, contusiones y heridas. Las heridas palpebrales son incisas o avulsiones. Las incisas pueden ser con afectación o no del borde libre y a su vez con sección canicular o sin esta.

En el caso de las heridas palpebrales incisas con afección del borde libre que involucran el sistema canicular, siempre requieren reparación. Esta es independiente de qué canaliculo sea el afectado, porque en algunas personas la parte superior del sistema canicular elimina la mayoría de las lágrimas.²

En presencia de pacientes ebrios o ante alguna condición médica que imposibilite la cirugía de urgencia, esta puede diferirse por un tiempo no mayor de 48 horas. Después de un examen minucioso, ungüento antibiótico y parche ocular se estabilizará al paciente hasta una definitiva intervención. La reparación del borde libre palpebral será realizada por planos para tratar de restaurar al máximo, la anatomía del mismo. Las suturas no deben estar en contacto con la córnea.

Las avulsiones son lesiones graves del párpado, frecuentes en accidentes laborales o en mordeduras de animales. Casi siempre son lesiones por arrancamiento de los tejidos. Estos deben ser manejados con extremo cuidado, porque la tensión o presión puede poner en peligro la frágil vascularización del tejido avulsionado y conducir a su pérdida. Por esto, después de examinar cuidadosamente la herida, se debe proteger el tejido dañado con un parche.

La reparación de las lesiones por avulsión del párpado requiere una meticulosa sutura por planos y comenzar con el cierre profundo de los tendones cantales. Cuando las lesiones por avulsión son acompañadas por extensa pérdida de tejido, la cirugía reconstructiva es más complicada e inicialmente se debe estabilizar el párpado y proteger el globo ocular con procedimientos como tarsorrafia.⁵⁻⁸

Las características de estos traumas requieren una valoración personalizada. Por esto se presenta el manejo clínico-quirúrgico y la evolución de dos pacientes atendidos.

PRESENTACIONES DE CASOS

Caso 1

Paciente masculino, de 56 años de edad, con antecedentes de salud. No se recogen antecedentes patológicos personales, ni familiares de interés. Se encontraba trabajando en la industria cuando sufrió una caída sobre objetos metálicos múltiples. Por esto recibe un trauma ocular severo en el ojo izquierdo (OI) con pérdida brusca de la visión, lo que motivó su atención especializada.

Como datos positivos al examen oftalmológico presentaba agudeza visual sin corrección en el ojo derecho (OD) de 20/20 y en OI de no percepción de luz. La presión intraocular era normal en el OD y en el OI tenía una hipotonía marcada. En el párpado superior del OI mostraba herida incisa a nivel del ángulo interno con afección del borde libre palpebral y sección del canalículo superior, y en el párpado inferior, avulsión con arrancamiento del tendón cantal medial hasta el tercio medio del párpado. También se observó hemorragia subconjuntival total y herida penetrante corneal en hora 6 que se extendía desde el centro hasta la esclera en el sector inferior a través de la cual existía salida del iris, vítreo y resto de las estructuras intraoculares. No se pudo examinar el fondo de ojo.

Se diagnosticó como avulsión palpebral y trauma ocular a globo abierto en zona I-III (ruptura ocular e) (Fig. 1 A). Se realizó examen radiológico de órbita en posición anteroposterior y lateral, y ultrasonido ocular. Se descartó la presencia de cuerpo extraño intraocular, intraorbitario o fracturas de la órbita. Se procedió al ingreso del paciente y la reconstrucción quirúrgica de las lesiones (Fig. 1 B).



Fig. 1. Caso clínico 1. A: al examen oftalmológico inicial, B: después de la cirugía, C: a los seis meses de evolución.

Caso 2

Paciente masculino, de 53 años de edad, con antecedentes de salud. No se recogen antecedentes patológicos personales, ni familiares de interés. Se encontraba trabajando en el taller de su casa cuando recibe un trauma en el OI con un objeto romo (candado). Se provocó una herida del párpado superior, con deformidad, dolor y sangramiento por lo que acude a la consulta.

La agudeza visual sin corrección óptica en ambos ojos era de 20/20. La presión intraocular con tonómetro de aire en el OD y el OI fue de 15 y 13 mmHg respectivamente. El ojo afectado presentaba en el párpado superior avulsión a nivel del tercio medio y no hubo daño de la vía lagrimal. La córnea estaba trasparente y no existían alteraciones del segmento anterior. Los reflejos pupilares estaban conservados así como la motilidad ocular. No presentaba alteraciones en el fondo de ojo.

Se diagnóstico como avulsión palpebral superior (Fig. 2 A). Se realizó radiografía de órbita y ultrasonido ocular para descartar cuerpo extraño intraocular, intraorbitario o fracturas de la órbita. Ya examinado el paciente se procedió entonces a la reconstrucción quirúrgica de la lesión (Fig. 2 B).



Fig. 2. Caso clínico 2. A: al examen oftalmológico inicial, B: después de la cirugía, C: a los seis meses de evolución.

DISCUSIÓN

Es importante, ante cualquier trauma ocular, la realización de una historia clínica completa, antecedentes personales, causa detallada del trauma y tiempo de evolución de este. Un examen oftalmológico exhaustivo para precisar la agudeza visual y explorar la herida se hace necesario. También es imprescindible la realización de radiografía de órbita en posición anteroposterior y lateral, y el ultrasonido ocular; estos medios permiten descartar la presencia de cuerpo extraño intraocular, intraorbitario o fracturas

de la órbita, que tan frecuentemente se asocian a este tipo de trauma.^{1-3,6,7} Una vez descartadas estas entidades se puede realizar la reconstrucción quirúrgica de las heridas.

En el primer caso existió una ruptura ocular por lo que se ingresó al paciente y se realizó evisceración con doble cobertura escleral,⁹ implante orbitario de hidroxiapatita y conformador insertado durante el acto quirúrgico para rehabilitación ocular. Este tipo de cirugía se considera como última alternativa porque es preferible conservar el globo ocular y realizar el cierre primario de las estructuras dañadas; esto no fue posible en este caso.¹⁰

Posteriormente se realizó cantoplastia medial; en los traumas severos palpebrales con lesión de los tendones cantales se debe comenzar siempre con la reparación de los mismos.^{5,8} La complejidad anatómica y funcional de esta región exige una reconstrucción meticulosa y de esta, dependerá la recuperación de las demandas funcionales y la movilidad futura de los párpados. A continuación se realizó la reconstrucción de los párpados superior e inferior por planos.

En el segundo caso, después de ingresado se realizó limpieza y desbridamiento del tejido necrótico con extracción de los cuerpos extraños y la reconstrucción del borde libre palpebral. Este paciente no presentó compromiso del sistema canalicular.

La reparación del borde libre palpebral también debe ser precisa. Se trata de devolver al máximo, la anatomía de esta región. Una vez restaurada la estabilidad del borde libre palpebral se procedió a la reconstrucción por planos y tarsorrafia temporal, así se evita la retracción cicatrizal y la consecuente deformidad que son las complicaciones más frecuentemente reportadas.^{1,4,5} Ambos casos tuvieron una evolución satisfactoria que se comprobó a los 6 meses de evolución (Fig. 1 C) y al mes (Fig. 2 C).

En los traumatismos palpebrales severos, como en los casos presentados, nunca se debe olvidar la estrecha relación que guardan con los traumas oculares a globo abierto y la coexistencia de cuerpo extraño intraocular. El cierre y reconstrucción meticulosa de las lesiones constituye imprescindible para la evolución satisfactoria de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Long JA, Tann TM. Eyelid and lacrimal trauma. En: Kuhn F, Pieramici D. Ocular Trauma. Principles and Practice. New York: Thieme; 2008.
2. Curbelo Concepción D, Triana Casado I, Medina Perdomo J. Comportamiento de los traumatismos oculares en pacientes ingresados en el Instituto Cubano de Oftalmología: una necesidad impostergable. MediSur. 2009 [citado 13 dic 2010];7(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2009000300005&lng=es
3. Eguía Martínez F, Río Torres M, Capote Cabrera A. Manual de diagnóstico y tratamiento en oftalmología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009.
4. Kuhn F, Morris R, Mester V. Terminology of Mechanical Injuries: the Birmingham Eye Trauma Terminology (BETT). En: Kuhn F. Ocular Traumatology. New York: Thieme; 2008. p. 3-11.
5. Garg A. Instant Clinical Diagnosis in Ophthalmology Oculoplasty and Reconstructive Surgery. New Delhi: Jaypee Brothers; 2009.

6. Lima Gómez V, Aquino González A. Asociación entre heridas palpebrales y lesiones intraoculares en trauma con globo cerrado. Rev Mex Oftalmol. 2007;81(1):41-3.
7. Araoz Medina V. Lesiones óculo-orbitarias en pacientes con traumatismo craneofacial. Rev Mex Oftalmol. 2005;79(3):155-8.
8. American Academy of Ophthalmology. Orbit, Eyelids, and Lachrymal System. USA: American Academy of Ophthalmology; 2008. (Basic and Clinical Science Course)
9. Sanz López A, Sales Sanz M. Evisceración con doble cobertura escleral. Arch Soc Esp Oftalmol. 2003;78(5):273-6.
10. Michael A. Evisceration and Enucleation. En: Kuhn F, Pieramici D. Ocular Trauma. Principles and Practice. New York: Thieme; 2008.

Recibido: 12 de diciembre de 2011.

Aprobado: 28 de marzo de 2012.

Dr. *Alexander Pérez Llanes*. Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer".
Ave. 76 No. 3104 entre 31 y 41, Marianao. La Habana, Cuba. Correo electrónico:
apl@infomed.sld.cu