

Luxación subconjuntival del cristalino por traumatismo contuso

Subconjunctival luxation of the lens due to traumatic contusion

Dr. Miguel E. Pérez Alemany, Dra Ana M. Hormigó Belet, MsC. Sonia R. Fernández Pérez, MsC. Héctor S. Montes Fong y MsC. Alina Torres Arafet

Centro Oftalmológico del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se describe el caso clínico de un paciente de 47 años de edad, de procedencia rural, que asistió al cuerpo de guardia del Centro Oftalmológico del Hospital General Docente "Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba por haber sufrido traumatismo contuso en su ojo derecho al caerse de un árbol de 5 o 6 metros de altura aproximadamente. Se le diagnosticó trauma ocular a globo abierto en zona II, herida penetrante escleral e hifema grado IV. Luego de 4 días, al disminuir el hiposfagma, se observó subluxación del cristalino en la conjuntiva inferonasal. Después de un proceso prolongado de exploración y seguimiento preoperatorio y posoperatorio logró una recuperación visual satisfactoria.

Palabras claves: traumatismo contuso, luxación del cristalino, rotura escleral, centro oftalmológico.

ABSTRACT

The case report of a 47 year-old patient of rural origin is described, who was attended in the emergency room of the Ophthalmological Center in "Juan Bruno Zayas Alfonso" Teaching General Hospital from Santiago de Cuba due to a traumatic contusion in his right eye when falling from an approximately 5 or 6 meters high tree. He was diagnosed an ocular trauma in opened globe in area II, penetrating scleral wound and IV degree hyphema. After 4 days, when decreasing the hyposphagma, subluxation of the lens was observed in the inferonasal conjunctiva. After a prolonged process of exploration and preoperative and postoperative follow-up, he achieved a satisfactory visual recovery.

Key words: traumatic contusion, subconjunctival luxation of lens, scleral rupture, ophthalmological center.

INTRODUCCIÓN

Los ojos se encuentran en una zona vulnerable al trauma facial y craneoencefálico, pues de forma indirecta puede ocurrir alguna lesión ocular, tan grave como lo es la pérdida del globo ocular como órgano.¹

El traumatismo ocular constituye una de las principales causas de pérdida de la visión unilateral y trae consigo graves consecuencias económicas, psíquicas y sociales, sobre todo si se tiene en cuenta que generalmente se produce en niños y adultos jóvenes.² Se define como toda lesión originada por mecanismos contusos o penetrantes sobre el globo ocular y sus estructuras periféricas, ocasionando daño tisular de diverso grado de afectación (leve, moderado, severo), con compromiso de la función visual o temporal.

Se estima que a escala mundial 1,6 millones de personas aproximadamente padecen de ceguera debido a lesiones oculares; asimismo, 2,3 millones baja visión y 19 millones ceguera monocular, además de que constituye el primer motivo de ingreso por más de 24 horas en las unidades de oftalmología.³

La ectopia lentis puede aparecer en la homocistinuria (subluxación bilateral del cristalino inferonasal), en el síndrome de Marfan (subluxación del cristalino superior y bilateral) y en el síndrome de Weill-Marchesani (microesferofaquia). Las luxaciones adquiridas de cristalino pueden ser traumáticas (es la causa más frecuente), espontáneas (asociadas con otras afecciones oculares) y posquirúrgicas. Las luxaciones espontáneas se producen por rotura de las fibras zonulares como consecuencia de procesos degenerativos e inflamatorios.^{4,5}

La luxación y subluxación del cristalino por roturas de la zónula, ya sean parciales o totales pueden ser anteriores o posteriores, más raramente extraoculares, según donde se localice el cristalino luxado. Se generan en traumatismos graves por la onda de presión hacia delante o hacia atrás generada por la contusión.⁶ Por otra parte, en la exploración puede verse el cristalino descentrado, iridodonesis (temblor del iris) o facodonesis (temblor del cristalino). El tratamiento es quirúrgico (extracción del cristalino y lente intraocular) salvo casos leves bien tolerados.

Además, la perforación ocular con luxación del cristalino es un cuadro poco frecuente que se produce en relación con traumatismos de alta energía como accidentes de tráfico o agresiones. El globo ocular suele presentarse como una esfera poco compresible ante un impacto traumático, que absorbe la energía transmitida con una disminución del diámetro anteroposterior y la expansión del plano ecuatorial. Aunque el impacto es absorbido por el globo, la rotura puede producirse en el lugar del impacto (rotura directa) o a distancia (rotura indirecta).⁷

Dicho impacto suele producirse en el sector temporal inferior del globo ocular, al encontrarse este más desprotegido por la estructura ósea de la órbita. La energía se proyecta hacia el cuadrante nasal superior y el globo choca contra la tróclea y la pared orbitaria. Es en este sector por el que más frecuentemente se produce la rotura ocular.⁷

En Estados Unidos se ha calculado que cada año ocurren cerca de 2 millones de lesiones oculares, de las cuales más de 40 000 resultan en deficiencia visual permanente.³

Según se plantea en la bibliografía consultada 52 % de la ceguera monocular y 20 % de la bilateral se deben a lesiones traumáticas. Por su parte, en Cuba se calcula que la ceguera unilateral por trauma alcanza 50 % y la bilateral de 10-12 %.³

El sistema de terminología del trauma ocular de Birmingham (BETTS, por sus siglas en inglés) incluye entre las lesiones a globo abierto: rotura, lesiones penetrante y perforante, así como cuerpos extraños intraocular (CEIO) y mixto.

Se define como lesión a globo abierto una herida de todo el espesor del globo ocular y de cualquier tamaño, provocada por un objeto cortante o contuso que determina su abertura en cualquier lugar.¹

El tratamiento inicial de estas lesiones difiere mucho del de las lesiones a globo cerrado. Por esto el traumatismo ocular a globo abierto (TOGA) demanda de una mayor urgencia en la toma de decisiones y necesita de un tratamiento quirúrgico muy especializado, que muchas veces requiere de múltiples intervenciones.

El pronóstico de muchos traumatizados depende hasta cierto punto de la premura y la eficacia terapéutica y medicoquirúrgica instituida.

Se presenta el primer caso clínico registrado en esta provincia para compartir estos hallazgos con la comunidad científica en general.

CASO CLÍNICO

Se describe el caso clínico de un paciente de 47 años de edad, de procedencia rural, sin antecedentes patológicos personales, familiares y oculares, quien hacía 18 meses había sufrido trauma directo en el ojo derecho debido a una caída de un árbol de 6 m de altura, lo cual le ocasionó trauma directo en el ojo derecho (OD), de manera que acudió al cuerpo de guardia el 1ro de agosto de 2011 por presentar dolor, mala visión y salida de un líquido espeso de dicho ojo.

• Examen oftalmológico

- Agudeza visual:

OD: percepción de luz (PL)

OI: 0,7 (sano)

- Refracción dinámica:

OD: PL, no mejora con cristales

OI: -1,00 esférico (0,9)

Add: + 2,75 esférico

- Anexos oculares: OD: blefaroespasma moderado, quemosis y hemorragia subconjuntival marcada, desgarró conjuntival paralímbico desde la hora 1 hasta la 5 del reloj.

- Segmento anterior: córnea transparente, cámara anterior ocupada por sangre en su totalidad, solución de continuidad de 3 mm hacia la hora 4 del reloj del limbo con salida de vítreo.

- Medios: no se visualizó por sangre fresca en cámara anterior.

- Fondo de ojo: no se distinguieron detalles.

- Tensión ocular OD: 26 mm de Hg; OI: 14mm de Hg

Ese mismo día fue llevado al quirófano, se realizó exploración de urgencia y sutura de la herida, de 3 mm del limbo corneal y se hospitalizó en el mencionado Servicio.

A los 4 días, a pesar de su evolución diaria en sala, se mantuvo con edema en los anexos, hifema, hemorragia subconjuntival y quemosis que impedía ver mejor los detalles. Se logró realizar mejor la biomicroscopia del segmento anterior y se observó la presencia del cristalino en el espacio subconjuntival, porción inferonasal (figura 1).



Fig. 1. Durante la operación al cuarto día de hospitalizado

Teniendo en cuenta los antecedentes del trauma, los síntomas y el examen ocular basado en la agudeza visual sin corrección y con esta, ultrasonido ocular con aumento de la ecogenicidad vítrea y retina aplicada se diagnosticó una luxación subconjuntival del cristalino, por lo cual fue llevado nuevamente al quirófano, se extrajo el cristalino del espacio subconjuntival, no se implantó lente intraocular (LIO) y se mantuvo hospitalizado.

El paciente evolucionó favorablemente y egresó 3 días después, pero con seguimiento por consulta externa y tratamiento con cloranfenicol y prednisolona (cada 2 horas en el ojo derecho).

A los 7 días, mediante la lámpara de hendidura, se observó córnea clara, cámara anterior formada, zona quirúrgica con sutura bien afrontada, hemorragia subconjuntival en fase de reabsorción y buen tono ocular. Se mantuvo igual tratamiento pero cada 3 horas.

Al mes, mediante el mismo instrumento se visualizó córnea clara, cámara anterior formada, sin signos de sepsis y zona quirúrgica con bordes bien afrontados. Se mantuvo el tratamiento con prednisolona, a razón de una gota cada 4 horas. Tensión ocular del ojo derecho: 12 mm de Hg.

A los 2 meses: córnea transparente, sin sepsis y se mantuvo el mismo tratamiento. Tensión ocular del ojo derecho: 12 mm de Hg.

A los 3 meses: córnea clara, cámara anterior formada. Se realizó refracción dinámica

- Agudeza visual sin corrección: OD: cuenta dedos a 5 m; OI: 0,7
- Refracción dinámica
 - OD: +10,0 esférico (0,3)
 - OI: -1.00 esférico (0,9)
 - Add: +2,75 esférico

A los 10 meses se decidió citarlo, a petición suya, porque refería que no aceptaba la cirugía del implante secundario de la LIO. Se le explicó su pronóstico visual, después de lo cual accedió.

Se realizó biometría, cálculo de la LIO, queratometría y se decidió el valor dióptrico de la LIO a implantar (21). El acto quirúrgico transcurrió sin complicaciones (figura 2), pero continuó en consulta externa hasta un mes aproximadamente y se realizó la prueba de seudofaquia con el resultado siguiente:

- OD: -0,75 +1,50 x 90° (0,7)
- OI: -1,00 esfera (0,9)
- Add: +2,75 esfera



Fig. 2. Implante secundario de la LIO

Después del proceder se le dio el alta definitiva y se le indicaron los cristales.

COMENTARIOS

Se aprecia la importancia de realizar un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado, teniendo en cuenta que en ocasiones se dificulta por el estado de los anexos y del segmento anterior. Se evidencia la evolución del paciente luego de haber sido intervenido quirúrgicamente, tras un largo proceso de exploración y seguimiento en este centro hospitalario, hasta lograr una recuperación visual satisfactoria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rio Torres M, Capote Cabrera A, Hernández Silva JR, Eguías Martínez F, Padilla González CM. Oftalmología. Criterios y tendencias actuales. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. p. 401-10.
2. Llerena JA, Guerra RA, Pérez D, Rúa Martínez R. Manejo del traumatismo ocular a globo abierto. Rev Cubana Oftalmol. 2012 [citado 29 abril 2013]; 25(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762012000400006
3. Honan A, Herrera N, Morey A. Trauma ocular con cuerpo extraño en cristalino ocular. Rev Méd Electrón. 2012; 34 (3). [citado 29 abril 2013] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242012000300011&script=sci_arttext
4. González Castaño C, Castro J, Álvarez Sánchez M. Luxación del cristalino: etiología y resultados. Arch Soc Esp Oftalmol. 2006 [citado 29 Abr 2013]; 81(8). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0365-66912006000800008&script=sci_arttext
5. Kanski JJ. Traumatismos. En: Kanski JJ. 7 ed. Oftalmología clínica. New York: Mosby; 2012.p. 871-95.
6. Gómez Villa P Patología oftálmica en el medio laboral. Ergooftalmología. Centro Asistencial asepeyo Manacor (mallorca) [citado 29 abril 2013] Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/7101/1/PATOLOGIA%20OFTALMICA.pdf>
7. Santos Bueso E, Sáenz Frances F, Díaz Valle D, Troyano J, López Abad C, Benítez del Castillo JM, García Sánchez J. Estallido ocular con luxación de cristalino al espacio subconjuntival. Arch Soc Esp Oftalmol. 2007; 82(10):641-4.

Recibido: 8 de julio de 2013.

Aprobado: 12 de julio de 2013.

Miguel E. Pérez Alemany. Centro Oftalmológico del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", avenida Cebreco, km 1½, reparto Pastorita, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: alemany@medired.scu.sld.cu