

TRAUMA OCULAR

Dr. Luis Filsecker

1. Erosión corneal

Generalmente existe el antecedente de un trauma superficial del globo ocular (uña, hoja de papel, rama). Hay dolor agudo, epífora (lagrimeo), blefarospasmo (dificultad para abrir los párpados) y ojo rojo central (alrededor de la córnea). La erosión puede ponerse de manifiesto tiñendo el ojo con fluoresceína.

El tratamiento consiste en dilatar la pupila con un colirio ciclopléxico (Mydriacyl), ungüento antibiótico (Tobramicina), parche ocular y analgesia oral. A las 24 horas el parche debe ser retirado y se debe continuar con colirios antibióticos (tobramicina o ciprofloxacino) por 3 a 4 días para evitar una sobreinfección.

2. Causticación ocular

Es una verdadera emergencia. Es producida por ácidos (baterías, productos de limpieza) o álcalis (legía, cemento) siendo éstos últimos los de mayor gravedad.

El tratamiento es la irrigación copiosa inmediata en el lugar del accidente.

En el servicio de urgencia deberá evaluarse la severidad: formas moderadas se presentan con ojo rojo y erosión corneal; en las formas severas, la conjuntiva esta blanca por la isquemia y la cornea se ve opalescente. El tratamiento, consiste en la aplicación tópica de anestesia e irrigación copiosa con solución salina por 5 a 10 minutos. Deberá evertirse los párpados y buscar detritus en los fondos de saco con un cotonito.

Realizado esto, deberá dilatarse la pupila con ciclopléjicos (Mydriacyl), aplicar ungüento antibiótico, parchar el ojo, recetar analgésicos y derivar a un centro oftalmológico.

3. Cuerpo extraño conjuntival o corneal

Los pacientes consultan con sensación de basura en el ojo, de aparición súbita, generalmente asociado a trabajos con esmeril o de carpintería. Los signos son los mismos que los de la erosión corneal. Debe aplicarse una gota de anestesia y utilizar una lupa para identificar el cuerpo extraño, éste puede estar incrustado en la córnea o alojado en la conjuntiva del párpado superior (conjuntiva tarsal), por lo que será necesario evertir el párpado. Si el cuerpo extraño está incrustado en la córnea, este puede ser extraído con una aguja estéril. Si está alojado en la conjuntiva tarsal, un cotonito será suficiente para extraerlo. Las medidas post extracción son las mismas que en la erosión corneal.

4. Laceración palpebral

Son heridas palpebrales de espesor completo, que pueden asociarse con lesiones oculares contusas o perforantes graves. Deberán identificarse los bordes y la extensión de la herida palpebral. Si hay compromiso del borde libre del párpado hacia el tercio medial, existe riesgo de sección de la vía lagrimal.

Descartado el compromiso ocular, deberá limpiarse la herida y aplicar ungüento antibiótico. Una reparación inadecuada tiene riesgos de secuelas estéticas y funcionales, por lo que se recomienda sea suturado por un especialista.

5. Trauma ocular contuso

Es de severidad variable y típicamente está producido por el golpe de un puño o de una pelota. Se produce un acortamiento del eje antero-posterior y un aumento del diámetro transversal. Es así como todas las estructuras del globo ocular pueden ser afectadas. Enumerando las estructuras desde anterior hacia posterior del globo ocular, se puede dañar la córnea (erosión), el iris (rotura del esfínter, diálisis: desinserción de la raíz del iris), hifema (nivel de sangre en la cámara anterior), glaucoma (hipertensión ocular con daño del nervio óptico), cristalino (catarata, subluxación o luxación completa), hemorragia vítrea, desgarro de la retina, desprendimiento de retina, agujero macular , rotura de la coroides, neuropatía traumática y hematoma retrobulbar. Habrá que descartar la rotura del globo ocular (ver trauma ocular penetrante). El tratamiento consiste en dilatar la pupila con un colirio ciclopérgico (Mydriacyl) lo que permite aliviar el dolor; analgésicos orales y derivar con un oftalmólogo.

6. Trauma ocular penetrante y rotura del globo ocular

La rotura del globo puede ocurrir por una contusión (estallido o rotura del globo) o por una injuria corto punzante (trauma ocular penetrante). Se caracterizan por una extensa hemorragia subconjuntival, cámara anterior muy profunda, hipotonía ocular y tejido uveal expuesto. Puede haber también una discoria (deformación de la pupila hacia la herida penetrante) y limitaciones de la movilidad del globo. En la rotura ocular pueden verse comprometidas además las mismas estructuras mencionadas en el trauma ocular contuso. No deben usarse medicamentos tópicos y el paciente debe ser derivado con antibióticos sistémicos de amplio espectro (ideal quinolonas de 4° generación), analgésicos orales y un protector ocular plástico. El paciente debe estar en ayunas ya que la reparación quirúrgica se realiza bajo anestesia general.

7. Cuerpo extraño intraocular

Debe sospecharse con el antecedente de golpe de metal contra metal (ej. martillo contra yunque). Dependiendo del tamaño del cuerpo extraño puede o no haber baja de agudeza visual y presentar los signos del trauma ocular penetrante previamente descritos. La radiografía de órbita es útil para el diagnóstico de cuerpos extraños metálicos; para cuerpos no metálicos se requiere el examen de fondo de ojo realizado por un especialista y/o una ecografía ocular. La resolución es quirúrgica (generalmente cirugía vitreoretinal).

8. Fractura de piso de órbita

Se produce por una contusión del reborde orbitario. Habitualmente es el piso de la órbita el que se fractura por ser la pared más delgada. Hay dolor periorbitario inferior, hipoestesia de la mejilla, enoftalmo (globo ocular hundido), diplopia vertical (visión doble por imposibilidad de mover el ojo hacia arriba).

El tratamiento es quirúrgico y se realiza sólo cuando hay enoftalmo y/o diplopia persistente de más de una semana.

9. Hematoma retrobulbar

Se puede producir a consecuencia de un trauma contuso o penetrante. Hay rotura de un vaso sanguíneo que genera una hemorragia retro ocular. Esto produce un exoftalmo (globo ocular desplazado hacia afuera) con resistencia a la retropulsión (no es posible hundir el ojo), hemorragia subconjuntival difusa y encastillamiento del globo ocular (el ojo queda impedido de moverse). El tratamiento se realiza cuando es un hematoma severo y la visión está amenazada. Hay que utilizar hipotensores oculares (colirio de timolol y acetazolamida oral 250mg cada 6hrs.) y realizar una cantotomía con anestesia local (sección horizontal del canto externo de los párpados).

10. Neuropatía óptica traumática

Existe el antecedente de trauma frontal o malar que genera un daño vascular del nervio óptico. Esto produce una pérdida de la agudeza visual y del campo visual. En el examen, las pupilas están isocóricas (igual tamaño) pero el lado afectado presenta un defecto pupilar aferente, DPA +, (al iluminar las pupilas en forma alternada, el ojo afectado se dilata en vez de contraerse). El tratamiento consiste en megadosis de esteroides (metilprednisolona 5mg/kg/peso/día por dos días). En algunos casos está indicada la descompresión quirúrgica.