



TRAUMATOLOGÍA OCULAR

Los traumatismos oculares por lo general son graves, ya que potencialmente pueden llevar a la pérdida de la visión de uno o ambos ojos, e incluso a la pérdida del globo ocular. El ojo es uno de los órganos más importantes en la vida de relación y, por tanto, repercute en el orden afectivo y estético del individuo.

El pronóstico de muchos de estos traumas oculares depende de la premura y la eficacia de la conducta que asuma quien lo reciba, de ahí la importancia de que todo médico se prepare para ser capaz de realizar un diagnóstico presuntivo o positivo, y que pueda asumir la conducta que corresponda en cada caso, dentro de la atención primaria de salud.

Quemaduras

La severidad de las quemaduras puede variar desde una irritación leve del ojo, hasta la ceguera total.

Las quemaduras pueden obedecer a diversas causas, entre ellas: sustancias o metales hirvientes, vapor, cenizas, gases, salpicaduras de grasa, radiaciones, y agentes químicos. Las provocadas por estos últimos se consideran entre las lesiones oculares más peligrosas, por lo que los primeros auxilios en el lugar del accidente son de gran valor para minimizar el riesgo de secuelas (Fig.18.1).

En sentido general, las quemaduras por álcalis pueden causar severos daños intraoculares, al alcalinizar el humor acuoso.

Síntomas

- Ojo rojo.
- Lagrimeo.
- Blefarospasmo.
- Dolor.

Signos

- Hiperemia conjuntival.
- Pérdida o no de la transparencia corneal.

Conducta a seguir

- Lavado ocular con agua de la pila, agua mineral, suero fisiológico, o sustancia neutralizante, si es ácido o álcalis. Se debe evitar la leche porque aumenta la penetración del agente al abrir la barrera epitelial.
- Inspección de anejos y segmento anterior auxiliándose de la luz natural, lámpara de cuello flexible u oftalmoscopio.
- Aplicar colirio o ungüento antibiótico.
- Oclusión del ojo.
- Analgésico sistémico, si hay dolor.
- Remisión al servicio de urgencia de oftalmología en las primeras 24 h (en dependencia del tipo de agente, extensión y tiempo de exposición).
- En el caso de quemaduras palpebrales se realizará *toilet* de la región, aplicación de solución secante o cremas epitelizantes. De encontrarnos en presencia de quemaduras profundas faciales, se valorará por un equipo multidisciplinario.

Quemaduras por radiaciones

Queratoconjuntivitis actínica

Las lesiones provocadas por radiaciones ultravioletas pueden ocurrir producto de soldaduras, sin la debida protección ocular, exposición a rayos solares o debido al reflejo de la luz solar sobre la nieve cuando se está esquiando. Normalmente, las radiaciones ultravioletas penetran solo de forma leve y causan una necrosis superficial en el epitelio corneal. Hay un intervalo de 6 a 10 h entre la exposición y el comienzo de los síntomas y compromete a ambos ojos.

Síntomas

- Sensación de arenilla o cuerpo extraño en los ojos.
- Severa fotofobia.
- Dolor.
- Blefarospasmo.

Signos

- Hiperemia conjuntival ligera a moderada.
- Ojos húmedos.

Conducta a seguir

- Aplicación de colirio anestésico solo en el momento de la exploración de anejos y segmento anterior, así como para aliviar los síntomas. El paciente evitará su uso continuado en el hogar.
- Aplicar compresas frescas o frías de agua o suero fisiológico por 24 h.
- Mantenerse en una habitación oscura o en penumbras, u ocluir ambos ojos. Otros colegas utilizan ungüentos o colirios oleosos.

Lesiones por radiaciones ionizantes

La profundidad de la penetración en el ojo varía con el tipo de radiación (neutrones, rayos X, radiaciones beta, explosiones atómicas). Las estructuras comúnmente afectadas son el *crystalino* y la *retina*.

Síntomas

- Pérdida de las pestañas.
- Pigmentación de los párpados.
- Blefaritis.

Signo

Disminución de la visión, debido a la catarata que se observa al año o dos de la exposición, o por la retinopatía isquémica que ocurre al cabo de unos meses.

Conducta a seguir

- Cubrir los ojos antes de la terapia con radiaciones, como acción profiláctica.
- Remisión a consulta externa de oftalmología en su área de salud.

Heridas superficiales

De los párpados

Son frecuentes en los accidentes automovilísticos, de trabajo, juegos peligrosos (espadas, tijeras, tiraflechas, etc.).

Las heridas incisivas en sentido vertical provocan gran separación de los bordes, a causa del daño del músculo orbicular, y pueden dejar secuelas, tales como retracción palpebral, ptosis, ectropión, triquiasis, colobomas, etc.

Las heridas incisivas en sentido horizontal no son tan graves, y por lo general cicatrizan sin dejar deformidades.

En general, la reparación quirúrgica del párpado y el aparato lagrimal debe ser realizada por el oftalmólogo (Fig. 18.2).



Fig. 18.2. Herida en el párpado.

Conducta a seguir

- Inspeccionar las estructuras lesionadas.
- Lavado y desinfección de la región; exéresis del tejido necrosado.
- Eliminar cualquier partícula extraña adosada al tejido.
- Afrontamiento de los bordes de la herida: los planos quirúrgicos se suturan por separado (piel- músculo orbicular- tarso), previa infiltración de anestesia local.
- Aplicar unguento antibiótico.
- Oclusión de la región.
- Reactivar el toxoide tetánico, si no está actualizado.

En el caso de mordeduras humanas o animales, no deben ser suturadas; solamente se realizará una limpieza por irrigación de la herida, y debridamiento adecuado. La decisión del uso de antibiótico profiláctico depende de la extensión y el tiempo de evolución de la herida.

De la conjuntiva

Debido a lo expuesto de su posición, delgadez y movilidad, la conjuntiva es susceptible de laceraciones que se asocian por lo general con hemorragia subconjuntival (Fig. 18.3).

Síntomas

- Sensación de cuerpo extraño.
- Dolor.

Signos

- Área circunscrita de conjuntiva enrojecida, acompañada o no de una hemorragia subconjuntival.
- En las grandes laceraciones pueden observarse los bordes del desgarró.

Conducta a seguir

- Lavado ocular con agua o suero fisiológico.
- Exploración de la herida, previa instilación de colirio anestésico: se utilizará un aplicador o pinza de disección, por la posibilidad de una herida perforante escleral.
- Las lesiones menores de la conjuntiva no requieren ser suturadas, solo se aplicará colirio o ungüento antibiótico y se ocluirá hasta que cicatrice.
- En las grandes laceraciones sus bordes se aproximan con sutura absorbible; aplicación de colirio o ungüento antibiótico y oclusión hasta que cicatrice.

De la córnea

La erosión corneal solo afecta el epitelio, y generalmente la provocan las lastimaduras por ramas de árboles, uñas, hojas de papel, lentes de contacto, pedradas, manipulación de cualquier objeto de bordes romos, etc. (Fig.18.4).

Síntomas

- Sensación de cuerpo extraño.
- Dolor.
- Fotofobia.
- Lagrimeo.
- Ojo rojo.

Signo

Hiperemia conjuntival.

Conducta a seguir

- Aplicación de colirio o ungüento antibiótico.
- Oclusión del ojo durante 24 h.

Heridas perforantes

Junto con las lesiones químicas severas, las lesiones del globo ocular (abiertas o penetrantes) son las formas más graves de trauma ocular.

Pueden comprometer la córnea y/o esclera. Se acompañan de hernia del iris, cuerpo ciliar, o bien pueden penetrar intraocularmente cuerpos extraños, por tanto, el problema debe ser abordado cuidadosamente, partiendo de un interrogatorio preciso que permita orientar al médico general básico (Fig.18.5).

Entre los agentes causales más frecuentes pueden mencionarse los instrumentos perforocortantes (cuchillos, tijeras, botellas, navajas, etc.); además, se reportan lesiones provocadas por explosiones de dinamita, armas de fuego, así como golpes de metal sobre metal, etc.

Síntomas

- Dolor.
- Lagrimeo.
- Ojo rojo.
- Blefarospasmo.
- En la mayoría de los casos, pérdida o disminución de la visión de ese ojo.

Signos

- Hiperemia cilioconjuntival.
- Pérdida de la superficie corneal y/o escleral.
- Presencia o no de prolapso del iris.
- Cámara anterior estrecha.
- Deformidad de la pupila.
- Hifema o hipotonía ocular.

Conducta a seguir

- Evitar la manipulación innecesaria del ojo, y ocluir de inmediato.
- Analgésicos y/o sedantes sistémicos.
- Remisión a los servicios de urgencia de oftalmología, además de garantizar bien un transporte sanitario u otro medio seguro.
- Brindar apoyo emocional al paciente y sus familiares.

Cuerpos extraños

Corneales y conjuntivales

Son una de las urgencias más comunes a las que se enfrenta el médico general y el oftalmólogo. Pueden encontrarse agentes de toda índole, entre ellos: fragmen-

tos de piedra, metal, vidrio, arena, insectos, espinas, etc. Pueden alojarse de forma superficial o profunda en dichas estructuras.

Síntomas

- Sensación de cuerpo extraño.
- Ojo rojo.
- Lagrimeo.
- Blefarospasmo.

Signos

- Hiperemia conjuntival.
- Observación del cuerpo extraño en córnea o conjuntiva bulbar, fondos de saco o región tarsal superior (al evertir el párpado).

Conducta a seguir

- Instilar 1 o 2 gotas de colirio anestésico.
- Extraer el cuerpo extraño con aguja estéril o pasando un aplicador o torunda de algodón humedecido.
- Aplicar colirio o ungüento antibiótico.
- Oclusión por 24 o 48 h.
- Si quedan restos de óxido o hubo exceso de manipulación, debe remitirse al especialista.

Intraoculares

Puede recurrirse a diferentes métodos para localizarlos, entre ellos los siguientes: estudios radiológicos, ultrasonografía, y la tomografía computadorizada de las órbitas. De cualquier manera, el paciente debe ser remitido a los servicios de urgencia de la especialidad.

Contusiones

Tanto los golpes directos al ojo, como los mecanismos de contragolpe sobre este, o los traumatismos craneales obtusos no perforantes, pueden ocasionar daño orbitario y/o a las estructuras oculares.

Normalmente, el paciente u otra persona aportará el dato de que ha sufrido un accidente, y por tanto debemos realizar un exhaustivo interrogatorio y ex-

ploración del mismo. Entre las afecciones más comunes se describen las siguientes:

- Fracturas orbitarias.
- Hematoma, equímosis y edema palpebral.
- Excoriaciones del párpado.
- Ptosis palpebral.
- Parálisis o paresias de la musculatura extrínseca del ojo.
- Quemosis y hemorragia subconjuntival.
- Hifema.
- Midriasis y miosis.
- Subluxación o luxación del cristalino.
- Catarata.
- Hemorragias o desprendimiento vítreo.
- Desprendimiento coroideo o retiniano.
- Edema, isquemia y hemorragia retiniana.
- Edema y sección del nervio óptico.

Conducta a seguir

- Medidas generales de acuerdo con los síntomas del paciente.
- Remisión a los servicios de urgencia de la especialidad.