

ESTALLIDO OCULAR CON LUXACIÓN DE CRISTALINO AL ESPACIO SUBCONJUNTIVAL

OCULAR RUPTURE ASSOCIATED WITH LENS DISLOCATION TO THE SUBCONJUNCTIVAL SPACE

SANTOS-BUESO E¹, SAENZ-FRANCÉS F², DÍAZ-VALLE D¹, TROYANO J², LÓPEZ-ABAD C¹, BENÍTEZ-DEL-CASTILLO JM¹, GARCÍA-SÁNCHEZ J¹

RESUMEN

Caso clínico: Se describe el caso de una paciente que sufre estallido del globo ocular izquierdo secundario a un traumatismo de moderada intensidad. Se produjo luxación del cristalino al espacio subconjuntival nasal superior. El cristalino fue extraído y al producirse la estabilidad del cuadro se realizó vitrectomía y sutura de lente intraocular a sulcus, alcanzando una agudeza visual de 0,3.

Discusión: Los traumatismos oculares son muy frecuentes y el estallido ocular suele producirse en aquellos casos que presentan patología debilitante del globo ocular o antecedentes de cirugías previas, hechos que no se presentaban en nuestro caso. A pesar de la gravedad del cuadro, la paciente alcanzó una buena función visual final.

Palabras clave: Traumatismo, luxación, cristalino, espacio subconjuntival.

ABSTRACT

Case report: We present the case of a patient who suffered from rupture of her left eye due to moderate blunt trauma. The lens, which was dislocated to the nasal and superior subconjunctival space, was extracted and the wound explored and repaired; when the process had stabilized secondary vitrectomy and suture of an IOL to the sulcus were performed, achieving a final visual acuity of 0.3.

Discussion: Eye trauma is common and eye rupture may occur in those patients who have undergone ocular surgery or suffer from a debilitating condition of the eye. None of these predisposing factors existed in our case. Despite the seriousness of the problem, appropriate treatment achieved good visual function (*Arch Soc Esp Ophthalmol 2007; 82: 641-644*).

Key words: Trauma, dislocation, lens, subconjunctival space.

Recibido: 13/9/06. Aceptado: 20/9/07.

Unidad de Superficie e Inflamación Ocular. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España.

¹ Doctor en Medicina.

² Licenciado en Medicina.

Premio a la mejor comunicación de la Sociedad Oftalmológica de Madrid 2006.

Correspondencia:

Enrique Santos Bueso

Servicio de Oftalmología. Hospital Clínico San Carlos

Avda. Prof. Martín Lagos, s/n

28040 Madrid

España

E-mail: esbueso@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El estallido 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 comportarse 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) (1,2).

El impacto suele producirse en el sector temporal inferior del globo ocular, al encontrarse éste más desprotegido por la estructura ósea de la órbita. La energía se proyecta hacia nasal superior chocando el globo contra la tróclea y la pared orbitaria. Es en este sector por el que más frecuentemente se produce la rotura ocular (2-4).

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 74 años de edad que acudió a urgencias por haber sufrido un traumatismo contuso casual en su domicilio, de moderada intensidad en el ojo izquierdo (OI), al golpearse con el borde de la mesilla de noche.

Entre los antecedentes destacaban ametropía leve sin corrección óptica y diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales. No presentaba ningún otro antecedente personal ni familiar de interés.

Su agudeza visual (AV) era de 0,6 en ojo derecho y percepción de luz que no mejoraba con esteno-

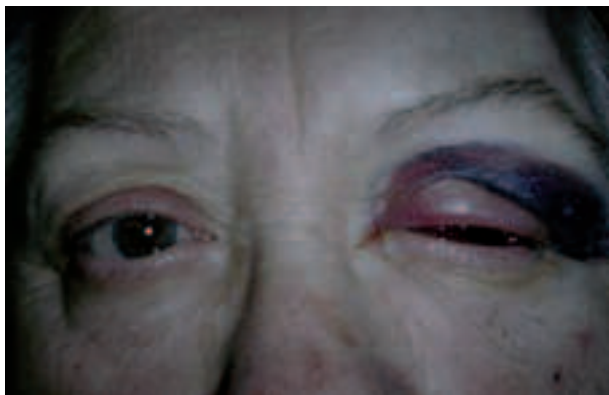


Fig. 1: Traumatismo contuso en ojo izquierdo con hematoma y edema en párpado superior derecho.

peico en OI. En la exploración con lámpara de hendidura se apreciaba hematoma y edema en párpado superior izquierdo, conjuntiva íntegra con quemosis intensa generalizada, córnea íntegra y transparente e hipema del 100% que impedía valorar el resto de estructuras oculares (fig. 1). Se apreciaba hipotonía del OI con una presión intraocular de 5 mm Hg.

Se realizaron pruebas de imagen (tomografía computarizada y resonancia magnética) apreciando la existencia de una herida incisa escleral paralimbar nasal superior de 10 mm aproximadamente y presencia de cristalino íntegro prolapsado en el espacio subconjuntival (figs. 2 y 3).



Fig. 2: Tomografía computarizada en la que se aprecia globo íntegro y cristalino prolapsado al espacio subconjuntival.

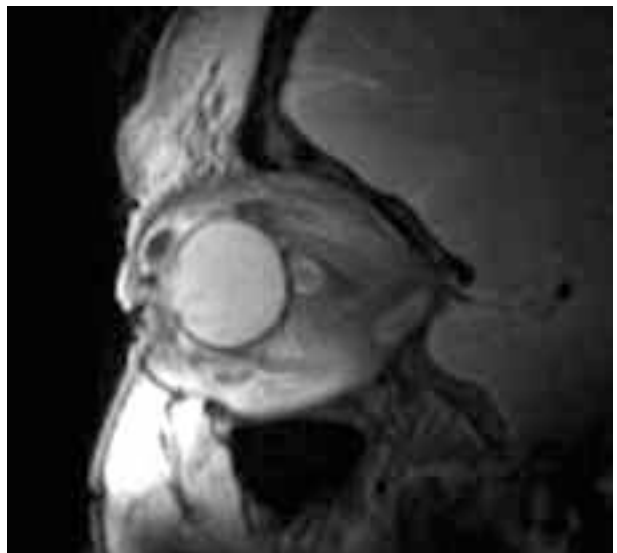


Fig. 3: Resonancia magnética nuclear en la que se confirma la integridad del globo ocular y la presencia del cristalino prolapsado.

La quemosis conjuntival evolucionó rápidamente a hiposfagma generalizado permitiendo apreciar la existencia de una masa subconjuntival nasal superior (fig. 4) que se correspondía con el cristalino prolapsado.

La paciente fue intervenida realizándose una peritomía de 360°, extracción del cristalino prolapsado, sutura de la herida escleral y tratamiento con antibioterapia intravenosa y tópica reforzada.

Al mes de la cirugía la paciente presentaba AV de movimiento de manos que mejoraba a 0,1 con corrección de + 14,00 dioptrías. En la lámpara de hendidura se apreciaba córnea transparente, corectopia nasal superior con pérdida de tejido iridiano y restos adheridos (fig. 5). El fondo de ojo, que no se

apreciaba por opacidad de medios, presentaba retina in situ en la ecografía modo B.

A los doce meses se realizó cirugía combinada de vitrectomía vía pars plana y sutura de lente intraocular a sulcus (fig. 6), alcanzando una AV espontánea de 0,3 a los dieciocho meses.

DISCUSIÓN

Son varios los factores que favorecen el estallido ocular con luxación del cristalino ante un traumatismo, incluso aunque éste sea de moderada intensidad: el incremento en la edad que origina cristalinolisis y escleras rígidas, patologías debilitantes del globo ocular como la artritis reumatoide, escleritis o

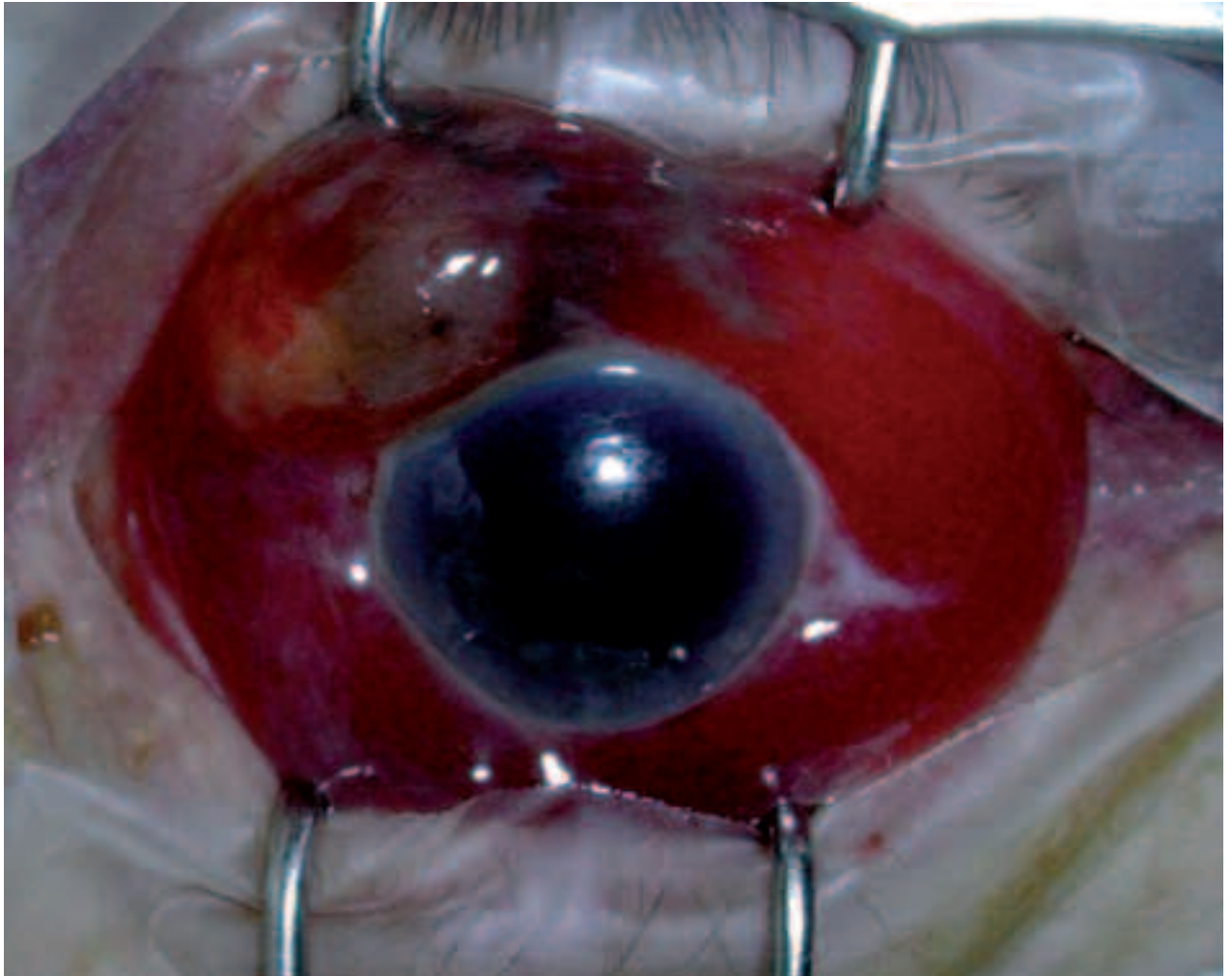


Fig. 4: Hiposfagma generalizado y masa subconjuntival nasal superior que se corresponde con el cristalino prolapsado.

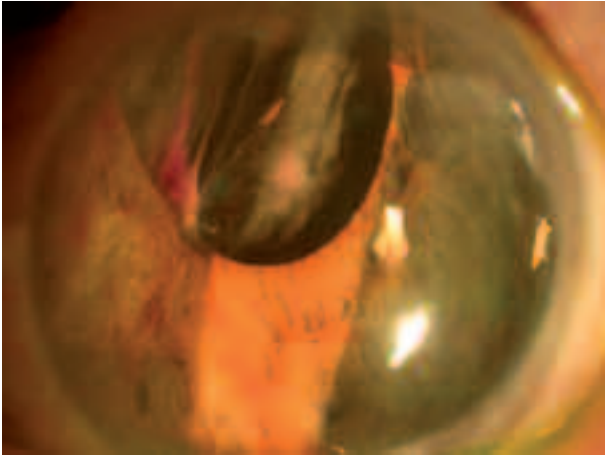


Fig. 5: Postoperatorio inmediato: afaquia y corectopia nasal superior con restos adheridos y pérdida de tejido iridiano.

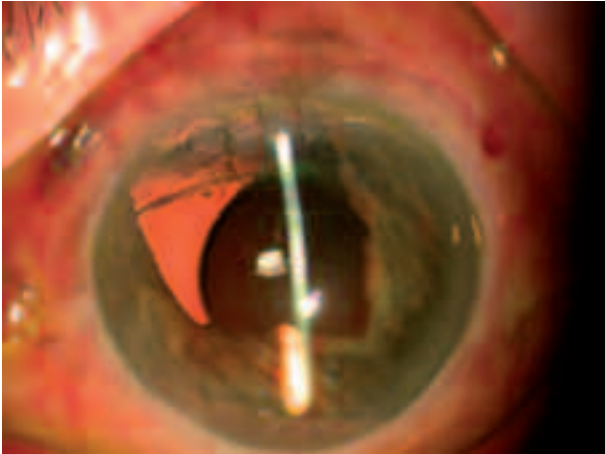


Fig. 6: Lente intraocular suturada a sulcus.

enfermedades del tejido conectivo y sobre todo la debilidad originada por cirugías previas, principalmente de grandes incisiones como la extracción extracapsular del cristalino (1-4). Estos son los factores principales que alteran la estructura ocular y

originan que la esfera compresible del globo presente áreas de debilidad por las que se produce la dehiscencia ante un traumatismo.

El estallido ocular suele producirse en el sector nasal superior por la proyección de la energía del impacto desde temporal, sector en el que suelen producirse los impactos con más frecuencia (5). La energía se proyecta hacia superior, posterior y nasal, impactando el globo contra la tróclea y la pared orbitaria (2-5). Normalmente la ruptura se produce a 2,5 mm y concéntrica al limbo, donde las fibras esclerales tensas y profundas se transforman en una lamela delicada de ligamento pectíneo (3).

El caso que se presenta es poco frecuente ya que se trata de un estallido ocular producido por un traumatismo de moderada intensidad. Además la paciente no había sido sometida a ningún tipo de cirugía ocular previa ni presentaba patología debilitante del globo ocular. En lesiones de esta magnitud suele producirse hemorragia supracoroidea expulsiva con masiva salida del contenido ocular, cuadro que no se produjo en la paciente.

La actitud inmediata en Urgencias debe estar dirigida a conservar la integridad del globo ocular y a la prevención de infecciones. En un segundo tiempo se valorará la posibilidad de distintas intervenciones para recuperar la mayor función visual posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kramar PO, Brandt DE. Subconjunctival dislocation of the lens. *Arch Ophthalmol* 1976; 94: 110-111.
2. Andonegui J, Ferro J. Subconjunctival cataract after trauma. *Photo Essay. Arch Ophthalmol* 2002; 120: 1102.
3. Sony P, Khokhar S, Panda A. Traumatic lenticelle. *Clin Experiment Ophthalmol* 2005; 33: 76-77.
4. Sathish S, Chakrabarti A, Prajna V. Traumatic subconjunctival dislocation of the crystalline lens and its surgical management. *Ophthalmic Surg Lasers* 1999; 30: 684-686.
5. Yurkadul NS, Ugurlu S, Yilmaz A, Maden A. Traumatic subconjunctival crystalline lens dislocation. *J Cataract Refract Surg* 2003; 29: 2407-2410.