



Trauma ocular penetrante con protrusión de tejido uveal secundario a caída en paciente de la tercera edad

Globe rupture with uveal prolapse following a fall in an elderly patient

Andrea Victoria Xolalpa Peniche,^{*,‡} Alberto Ferreyra Bedolla^{*,§}

Citar como: Xolalpa PAV, Ferreyra BA. Trauma ocular penetrante con protrusión de tejido uveal secundario a caída en paciente de la tercera edad. Acta Med GA. 2026; 24 (1): 59-61. <https://dx.doi.org/10.35366/122162>

Resumen

Los traumas oculares penetrantes son una de las principales causas de ceguera monocular a nivel mundial, con una incidencia de 3.5 por cada 100,000 habitantes. Se presenta el caso de un hombre de 72 años que, tras un trauma ocular contuso secundario a caída, presentó dehiscencia de botón corneal con protrusión de tejido uveal, por lo que requirió cirugía de urgencia logrando preservar la córnea y el globo ocular. Se abordan los riesgos asociados y se destacan la importancia y complejidad de su manejo para prevenir complicaciones graves, como la endoftalmitis y oftalmia simpática, buscando mejorar el pronóstico visual y calidad de vida.

Palabras clave: trauma ocular penetrante, prolapso ocular, urgencia oftalmológica, reformación cámara anterior, manejo trauma ocular.

Abstract

Globe ruptures represent one of the leading causes of monocular blindness worldwide, with an estimated incidence of 3.5 per 100,000 inhabitants. A 72-year-old man presented for evaluation after experiencing blunt ocular trauma from a fall, resulting in corneal dehiscence and protrusion of intraocular structures, requiring emergency surgery to preserve corneal tissue and globe. This report discusses the primary risks associated with globe rupture, as well as the complexity and importance of its management to prevent complications such as endophthalmitis and sympathetic ophthalmia, aiming to achieve the best possible prognosis and quality of life for the patient.

Keywords: penetrating ocular trauma, globe prolapse, ophthalmologic emergency, anterior chamber reformation, ocular trauma management.

INTRODUCCIÓN

Los traumas oculares penetrantes son una de las principales causas de ceguera monocular a nivel mundial, con una incidencia de 3.5 por cada 100,000 habitantes.¹ Representan alta complejidad en su manejo médico debido a tratamientos prolongados, pronósticos inciertos y deterioro en la calidad de vida del paciente.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Masculino de 72 años con antecedentes de hipertensión arterial sistémica en control y queratoplastia penetrante por queratocono de ojo izquierdo hace 19 años. Acude al servicio de urgencias 24 horas después de sufrir una caída desde su plano de sustentación, con impacto en la región orbitofrontal izquierda, que le ocasionó una laceración

* Hospital Angeles México. Ciudad de México.

‡ Médico interno de pregrado. Facultad Mexicana de Medicina de la Universidad La Salle. ORCID: 0000-0002-7256-5305

§ Médico oftalmólogo subespecialista en córnea y cirugía refractiva. ORCID: 0009-0006-1644-6236

Correspondencia:

Andrea Victoria Xolalpa Peniche
Correo electrónico: andrea.xolalpa@lasallistas.org.mx

Recibido: 24-10-2024. Aceptado: 09-01-2025.



palpebral. Posteriormente, el paciente se autoadministró analgesia y notó la progresión del cuadro clínico, presentando pérdida de la visión, edema, hemolacria y hemorragia subconjuntival.

A la exploración física se encuentra edema bpalpebral, a la apertura manual se observa laceración con opacidad corneal, hemorragia subconjuntival y hemolacria persistente. El paciente refiere no percibir estímulo luminoso. Los movimientos oculares y el reflejo pupilar no son valorables (Figura 1).

Se realiza interconsulta con el servicio de oftalmología y se inicia abordaje tópico con corticosteroides, analgesia y cefalosporinas de tercera generación. Además de medidas protectoras como reposo absoluto, decúbito dorsal y colocación de protección ocular.

En la valoración con lámpara de hendidura se observa dehiscencia de botón corneal de M12 a M6 con protrusión de tejido uveal y material mucopurulento, por lo que el paciente fue programado para cierre de la herida, lavado y reformación de cámara anterior (Figura 2). Se administró antibioticoterapia intravítrea y tópica y se suturó con Nylon 10-0, logrando conservar el tejido corneal (Figura 3).

DISCUSIÓN

Las rupturas del globo ocular incluyen heridas penetrantes, perforantes y cuerpos extraños. Siendo las caídas el mecanismo predominante en personas de la tercera edad,



Figura 1: Exploración física con apertura manual. Se observa edema, equimosis bpalpebral, laceración con opacidad corneal y hemorragia subconjuntival.

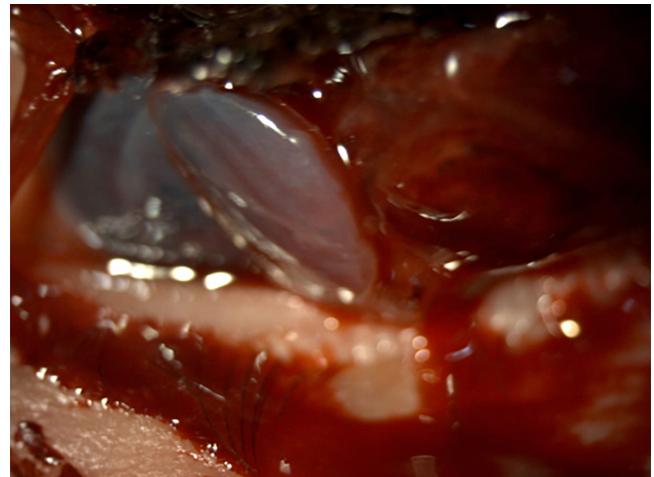


Figura 2: Imagen de lámpara de hendidura en la que se observa dehiscencia de botón corneal de M12 a M6 con protrusión de tejido uveal y material mucopurulento.

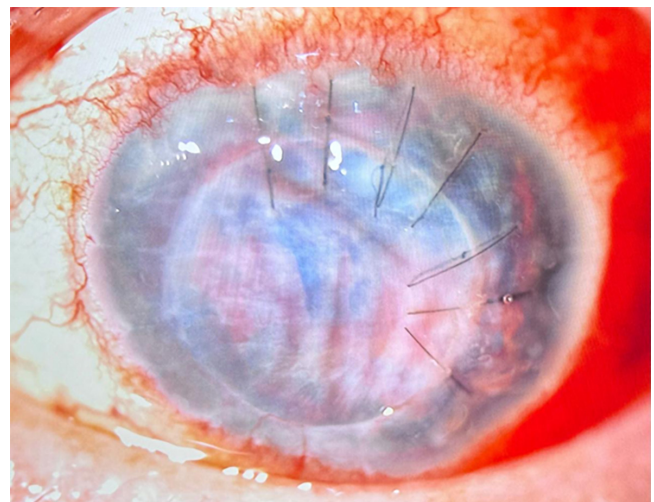


Figura 3: Imagen de lámpara de hendidura posterior a reformación de cámara anterior en la que se observa preservación de tejido corneal con puntos de sutura sepultados.

principalmente de sexo femenino.^{1,2} La pared ocular obtiene su mayor estabilidad de la porción corneoescleral, específicamente del limbo corneal. Cuando este recibe un impacto contuso, el aumento súbito y momentáneo de la presión intraocular provoca su expansión, lo que incrementa el estrés y facilita la ruptura en las áreas de menor resistencia, como las cicatrices de procedimientos previos, en un mecanismo de dentro hacia fuera.²

El manejo inicial adecuado de este tipo de traumatismos es crucial para disminuir el riesgo de hemorragia expulsiva o endoftalmitis en las primeras 24 horas, por lo que las exa-

minaciones se deben limitar para reducir la manipulación excesiva. Respecto al procedimiento quirúrgico se recomienda intentar la reconstrucción anatómica removiendo o reposicionando el tejido prolapsado frente a la enucleación ocular, empleando anestesia general para disminuir el riesgo de vaciado, con el objetivo de prevenir complicaciones como ptosis bulbi y oftalmia simpática, además de disminuir las complicaciones psicológicas postenucleación como el síndrome de ojo fantasma.²⁻⁴

El *Ocular Trauma Score* (OTS) predice la recuperación funcional con un 95% de sensibilidad, evaluando factores como la percepción luminosa y la ruptura ocular. En nuestro paciente, el OTS fue 1, indicando un 73% de probabilidad de no recuperación.⁵

CONCLUSIÓN

Los traumas oculares penetrantes requieren manejo temprano para preservar el globo ocular y prevenir complicaciones. Aunque se conservó el botón corneal, el

pronóstico de recuperación sigue siendo reservado en el caso presentado.

REFERENCIAS

1. Wang S, Li F, Jin S, Zhang Y, Yang N, Zhao J. Biomechanics of open-globe injury: a review. *Biomed Eng Online*. 2023; 22 (1): 53. doi: 10.1186/s12938-023-01117-8.
2. Joussen AM, Müller B, Kirchhof B, Stappeler T, Zeitz O. Rupture of the globe: what to do, what not to do. *Klin Monbl Augenheilkd*. 2020; 237 (9): 1070-1078. doi: 10.1055/a-1233-8997.
3. Jordan DR, J Dutton J. The ruptured globe, sympathetic ophthalmia, and the 14-day rule. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg*. 2022; 38 (4): 315-324. doi: 10.1097/IOP.0000000000002068.
4. Wang D, Deobhakta A. Open globe injury: Assessment and preoperative management [Internet]. *Ophthalmic Pearls*. San Francisco (CA): American Academy of Ophthalmology; 2020. Available in: <https://www.aao.org/eyenet/article/open-globe-injury>
5. Hernández DM, Gómez VL. Comparación del Ocular Trauma Score en traumatismo con globo abierto, atendido temprana o tardíamente. *Cir Cir*. 2015; 83 (1): 9-14. doi: 10.1016/j.circir.2015.04.017.

Si desea consultar los datos complementarios de este artículo, favor de dirigirse a editorial.actamedica@saludangeles.mx