



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

194/10 - Uy qué Golpe

T.R. Álvarez Balseca^a, M.R. Sánchez Fernández^b y F.J. Fernández Valero^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^bEnfermera. CS Caravaca de la Cruz. Murcia. ^cMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Calasparra. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 58 años acude a la consulta de AP por haber tenido de forma accidental un trauma ocular con máquina (taladro). Presenta pérdida de visión en ojo derecho con herida supraciliar. Hay que destacar que no tiene HTA, no diabetes, no dislipemia. La exploración física en ese momento fue ver una pupila midriática y arreactiva sin signos de perforación ocular, opacificación de cámara anterior, movilidad ocular conservada, fluoresceína negativo. Se le coloca un apósito sin hacer presión y se deriva a Urgencias del HUVA. A los 5 días acude nuevamente a la consulta de AP por presentar hemorragia en ojo derecho. Se remite a Oftalmología de HUVA donde se realizó lavado de cámara anterior y se procede a su alta debiendo seguir las instrucciones postoperatorias. A los 2 días de la intervención acude por 3ª vez a la consulta de AP por presentar cefalea frontocraneal intensa de unas 4 horas de evolución.

Exploración y pruebas complementarias: HTA 150/95. SNC: Pupila izquierda normorreactiva a la luz, pupila derecha midriática por ciclopéjico que está usando. Sin focalidad neurológica. En ojo derecho: conjuntiva hiperémica. Hemorragia ligera. Se le recomienda volver los próximos días a control de la tensión arterial. Tras 11 días del traumatismo es visto en consulta externa de Oftalmología del HCN donde se objetiva un bloqueo angular en ojo derecho que precisa tratamiento con edemox 1 comp. cada 24 horas debido al aumento de la presión intraocular y se remite una vez más a Oftalmología de HUVA para valorar colocación de una válvula o cirugía filtrante con mitomicina ante el no control de la tensión ocular y aumento de la excavación en el espolón escleral. Se realizó una ecografía de ojo derecho donde no se observa desprendimiento de retina.

Juicio clínico: Glaucoma postraumático en ojo derecho.

Diagnóstico diferencial: Hipertensión ocular. Glaucoma secundario a traumatismo.

Comentario final: El trauma ocular contuso es una causa importante de disminución de la función visual o pérdida de la misma. Las contusiones oculares pueden cursar de inicio con presión intraocular baja, normal o elevada. La hipertensión ocular causada por un trauma puede manifestarse de manera inmediata o tardíamente, en presencia de un ángulo abierto o cerrado asociado o no a daño de otras estructuras intraoculares. Ante un traumatismo contuso el segmento anterior es el que se ve primariamente afectado, siendo los hallazgos más frecuentes el hipema y el retroceso angular. En presencia de hipertensión ocular se prefieren los betabloqueantes, agonistas adrenérgicos e inhibidores de la anhidrasa carbónica. Los pacientes con hipema que no responden al tratamiento médico requieren lavado de cámara anterior. La mayoría de los glaucomas postraumáticos no responden a la terapia médica antiglaucomatosa estándar, por consecuencia,

muchos de ellos terminarán en una cirugía filtrante. La presencia de retroceso angular es un factor de riesgo para el fracaso de la trabeculectomía convencional; por lo que aconsejan la aplicación de antimetabolitos intraquirúrgicos, particularmente mitomicina C. Gracias a ellos se reduce la probabilidad de fibrosis del ostium y de la ampolla.

BIBLIOGRAFÍA

1. León F, Taboada JF, Guimerá V, et al. Traumatismos oculares graves en España: Factores epidemiológicos, estudio de las lesiones y medidas de prevención. León. Barcelona, 1994.
2. Gutiérrez A. Ceguera silenciosa. Info-ciudadano. 2011 junio.