



Revista Mexicana de Oftalmología

www.elsevier.es



► Caso clínico

Luxación Subconjuntival de Lente Intraocular Secundario a Trauma Contuso

Subconjunctival dislocation of intraocular lens secondary to blunt trauma

Guilebaldo Patiño-Espinosa,¹ Fabiola Barrera-Pelayo.²

1 Residente de Tercer Año de Oftalmología. Asociación para evitar la Ceguera en México, Hospital "Dr. Luis Sánchez Bulnes" México D.F., México.

2 Médico Becario del Servicio de Glaucoma. Asociación para evitar la Ceguera en México, Hospital "Dr. Luis Sánchez Bulnes" México D.F., México.



Palabras clave:

Lente intraocular;
luxación; catarata;
trauma ocular; glaucoma; México.

► Resumen

Se comenta el caso de una paciente que desarrolló una luxación subconjuntival de lente intraocular secundario a traumatismo contuso en ojo derecho, produciendo una hemorragia vítrea con desprendimiento coroideo. Se realizó el cierre de la herida corneoescleral, el retiro del lente intraocular y la vitrectomía del ojo derecho, y se llevó a cabo el seguimiento de la paciente, encontrándose un año después, daño severo en el estudio de Campos Visuales 24/2, llegando al diagnóstico de Glaucoma de ángulo abierto, secundario a cirugía de cataratas.

► Abstract

It tells of a patient who developed subconjunctival dislocation of intraocular lens secondary to blunt trauma in her right eye, causing vitreous hemorrhage with choroidal detachment. We performed the corneoscleral wound closure, intraocular lens removal and vitrectomy of the right eye, and carried out monitoring of the patient; a year later, severe damage to the visual field study 24/2 was found, reaching the diagnosis of open angle glaucoma secondary to cataract surgery.

Keywords:

Intraocular lens;
dislocation; cataract;
ocular trauma;
glaucoma; Mexico.



► Introducción

La expulsión del lente intraocular es rara, sin embargo se ha descrito como una complicación de los traumatismos oculares.¹ Un trauma contuso en un ojo pseudofáquico, puede ocasionar la luxación del lente intraocular.² El lente intraocular puede desplazarse hacia la cavidad vítrea, la cámara anterior, el espacio supracoroideo o ser expulsado, a través de la herida quirúrgica.³ Se presenta el caso de un trauma contuso, en el cual el lente intraocular se desplazó al espacio subconjuntival.

► Presentación del caso

Motivo de consulta

Paciente femenino de 52 años, quien acude por presentar trauma ocular contuso en ojo derecho (con mueble), un día previo a su ingreso, con disminución súbita de la agudeza visual, dolor y enrojecimiento.

Antecedentes

Heredofamiliares: madre positivo para cáncer. Personales patológicos y quirúrgicos: negados. Oftalmológicos: extracción extracapsular de catarata, con implante de lente intraocular en ojo derecho (julio 1992), extracción extracapsular de catarata de ojo izquierdo (septiembre 2000), afaquia. Foto-coagulación de lesiones predisponentes en ambos

ojos (18 de febrero de 2008). Paciente valorado en el servicio de estrabismo por presentar ángulo kappa y en el servicio de baja visión, por presentar miopía patológica previa a cirugía facorefractiva.

Exploración oftalmológica al ingreso

Ojo derecho con agudeza visual de percepción de luz, que no mejoraba con agujero estenopéico, presión intraocular de 2 mmHg. Ojo izquierdo con agudeza visual de cuenta dedos a 2 m, que mejoraba con agujero estenopéico a cuenta dedos a 4 m y presión intraocular de 10 mmHg.

► Segmento anterior

Ojo derecho. Párpado: edema e hiperemia en párpado superior. Conjuntiva: hiperemia, hemorragia subconjuntival, lente de tres piezas subconjuntival nasal superior. Herida escleral (herida quirúrgica previa), con herniación de iris. Córnea con pliegues escasos, algunas bulas inferiores en meridiano VI-VII. Cámara anterior estrecha, hipema 10%, con células 3+, flare 2+, pigmento. Iris remanente inferior, resto herniado por herida escleral. Se observa zónula 360° (**Figuras 1 y 2**).

Ojo izquierdo. Párpado: normal. Conjuntiva: leve hiperemia. Córnea: transparente, cámara anterior formada, iris irregular, hiporreactivo, con vítreo en borde, cápsula posterior rota, afaquia (**Figura 3**).

► **Figura 1.** Luxación subconjuntival de LIO, herniación de tejido uveal.

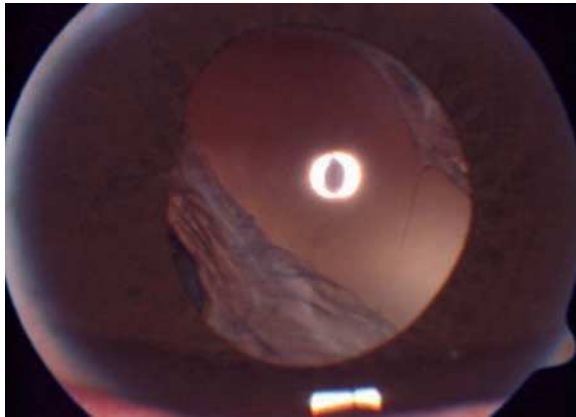


► **Figura 2.** Pliegues en membrana de Descemet.

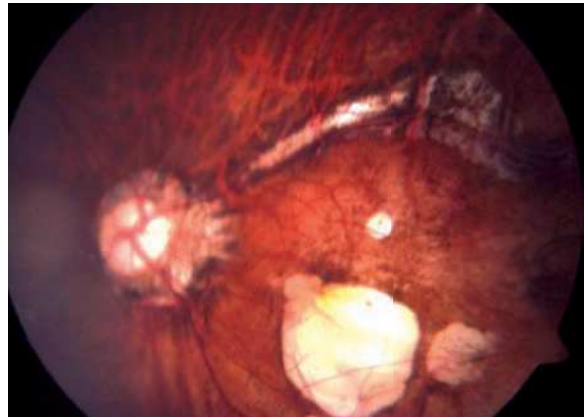




► **Figura 3.** Afaquia, restos de cápsula posterior.



► **Figura 4.** Atrofia peripapilar, degeneración coroidomiópica.



► Segmento posterior

Ojo derecho. No valorable por hemorragia vítrea.

Ojo izquierdo. Retina: aplicada, fondo corioido, con lesiones predisponentes rodeadas por láser. Mácula: con degeneración coroidomiópica, papila oblicua, con atrofia peripapilar, excavación por deflexión de vasos de 85% (**Figura 4**).

► Diagnósticos

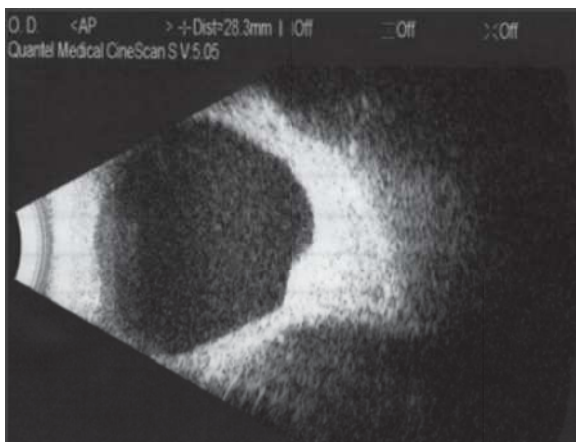
Trauma ocular penetrante en ojo derecho con herida corneoescleral, herniación de iris y lente de tres

piezas luxado a región subconjuntival superior, sospecha de glaucoma.

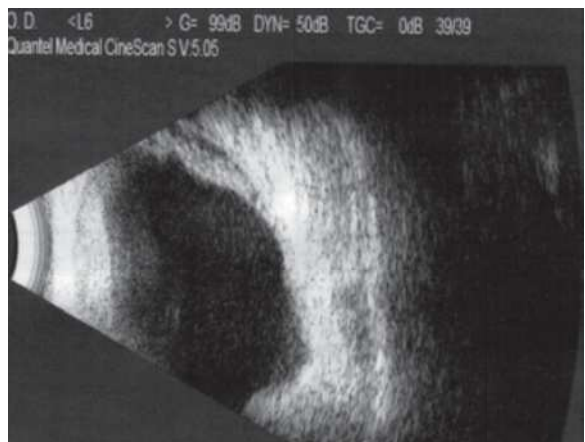
Se inicia tratamiento con Atropina 1% cada seis horas, Prednisolona cada hora, Prednisolona ungüento por la noche, Metilcelulosa 5% cada cuatro horas, Moxifloxacino cada cuatro horas, Cloruro de sodio 5% cada ocho horas. Se realiza el 15 de agosto de 2008 un ultrasonido, encontrándose en ojo derecho hemorragia vítrea, con desprendimiento corioido 360° (**Figuras 5 y 6**).

El 21 de agosto de 2008, se realiza el cierre de la herida corneoescleral, con vitrectomía vía pars plana y gas C3F8 al 14%, sin complicaciones. Al

► **Figura 5.** Ecografía modo B. Hemorragia vítrea ojo derecho.



► **Figura 6.** Ecografía modo B. Desprendimiento corioido



cuarto día posoperatorio, se encuentra una presión intraocular de 21 mmHg en ojo derecho, por lo cual se inició tratamiento con Timolol y Dorzolamida cada 12 horas.

El 1 de julio de 2009, es ingresada al servicio de glaucoma para su manejo, la paciente se encontraba en tratamiento con Timolol/Dorzolamida/Brimonidina. Ojo derecho con agudeza visual de movimiento de manos, presión intraocular de 20 mmHg, conjuntiva normal, córnea transparente, cámara anterior amplia, aniridia quirúrgica, áfaco, retina con estafiloma posterior, atrofia macular, papila con excavación 100%. Ojo izquierdo con agudeza visual de cuenta dedos a 1 m, conjuntiva cicatricial, córnea transparente, cámara anterior amplia, iris irregular, áfaco, retina con estafiloma posterior, atrofia macular, papila con excavación 100% (**Figura 7**).

Actualmente con tratamiento antiglaucomatoso tópico en ambos ojos, sin lograr la presión intraocular necesaria, para evitar que el daño glaucomatoso avance, por lo que se realiza implante de válvula de Ahmed y se continúa con tratamiento hipotensor tópico.

► Discusión

Los lentes intraoculares pueden desplazarse hacia los espacios subconjuntival, supracoroideo, cavidad vítrea o ser expulsados del globo ocular después de un traumatismo.⁴ En este caso, se presentó dehiscencia de la herida quirúrgica 16 años después de la cirugía, un evento muy raro. La paciente presentó una buena evolución al mejorar la inflamación y resolver el desprendimiento coroideo ocasionado por el trauma, y favorecido por la conjuntiva, que cubría lente y herida. Sin embargo, existen múltiples factores de riesgo para el desarrollo de glaucoma en la paciente, tales como miopía alta, cirugía de catarata, afaquia, traumatismo.⁵ Es necesario vigilar la evolución de

► **Figura 7.** Cierre de herida escleral.



la paciente, posterior al implante de válvula de Ahmed en ojo derecho.

► Conclusión

Aunque rara, la luxación subconjuntival de lente intraocular puede presentarse en pacientes pseudofacos con trauma contuso. En este caso, se realizó el retiro del lente intraocular con vitrectomía vía pars plana, desarrollando posteriormente glaucoma secundario.

Referencias

1. Haider S. Spontaneous extrusion of an intraocular lens implant. *J Cataract Refract Surg* 1992;18:529.
2. Shukla M, Saleem A, Vakil AA, et al. Transcorneal extrusion of a posterior chamber intraocular lens: an unusual presentation of intraocular lens dislocation. *Indian J Ophthalmol* 2008;56:82-83.
3. Superstein R, Gans M. Anterior dislocation of a posterior chamber intraocular lens after blunt trauma. *J Cataract Refract Surg* 1999;25:1418-1419.
4. Srivastava S, Dhaliwal U. Gradual extrusion of implant: an unusual complication after intraocular lens implantation. *Ophthalmic Surg Lasers Imaging* 2004;35:343-344.
5. Kumar A, Nainiwal SK, Dada T, et al. Subconjunctival dislocation of an anterior chamber intraocular lens. *Ophthalmic Surg Lasers* 2002;33:319-320.