



CASO CLÍNICO

Seudoampolla de filtración secundaria a traumatismo ocular perforante



José L. Torres-Peña*, Ana I. Palacios-Hípola, Marta Montero-Rodríguez, Ana Ortueta-Olartecoechea y Almudena de-Pablo-Cabrera

Servicio de Oftalmología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

Recibido el 14 de julio de 2015; aceptado el 19 de octubre de 2015

Disponible en Internet el 10 de febrero de 2016

PALABRAS CLAVE

Traumatismo ocular perforante;
Ampolla de filtración

KEYWORDS

Filtering bleb;
Perforating ocular trauma

Resumen

Introducción: Las complicaciones de los traumatismos oculares perforantes (TOP) suelen ser variadas. Presentamos un caso que desarrolló una pseudoampolla de filtración tras un TOP.

Caso clínico: Varón de 44 años con traumatismo con destornillador en el ojo izquierdo. Presenta una herida esclerolimbar de 4-5 mm y atalamia grado. Se repara esclera con nailon 10/0. A los 20 días presenta pseudoampolla de filtración elevada y difusa, de 5 mm. La presión intraocular (PIO) es de 8 mmHg. Se cierra la fístula y la PIO sube a 14 mmHg.

Discusión: El manejo de esta complicación podría ser conservador, pero optamos por el cierre para prevenir maculopatía hipotónica o infección.

© 2016 Sociedad Mexicana de Oftalmología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Filtering pseudobleb secondary to perforating eye trauma

Abstract

Introduction: Complications secondary a perforating ocular trauma (POT) are usually varied. We report a case that developed a filtration pseudobleb after POT.

Case report: 44 years-old male with a screwdriver trauma in his left eye. Presents a scleral wound of 4-5 mm and athalamia grade II. Sclera is repaired with 10/0 Nylon. 20 days later develop a pseudobleb high and diffuse of 5 mm. The intraocular pressure (IOP) is 8 mmHg. Fistula closed and IOP rises to 14 mmHg.

Discussion: The management of this complication may be conservative, but we opted for the closure to prevent hypotonic maculopathy or infection.

© 2016 Sociedad Mexicana de Oftalmología. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia. Avenida de Córdoba, S/N, 28041 Madrid, España.

Correo electrónico: jos.luit@hotmail.com (J.L. Torres-Peña).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.mexoft.2015.10.002>

0187-4519/© 2016 Sociedad Mexicana de Oftalmología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Los traumatismos oculares son la causa más frecuente de las perforaciones oculares. En el 97% de los casos se trata de varones jóvenes menores de 40 años^{1,2}. El pronóstico de estos traumatismos ha mejorado con los años, mostrando algunas series una agudeza visual (AV) mayor de 20/40¹; sin embargo, alrededor del 43% de los pacientes presentan una agudeza visual final de movimiento de manos o, incluso, inferior¹.

Las complicaciones suelen ser múltiples y variadas, entre las que destacan el hifema postraumático (35%) y la catarata traumática (32%) entre otras¹.

Presentamos el caso de un paciente con traumatismo ocular perforante que desarrolló una seudoampolla de filtración, semejante a la producida tras la cirugía filtrante de glaucoma.

Caso clínico

Varón de 44 años que acude a urgencias tras presentar un traumatismo en el ojo izquierdo con un destornillador. Antecedentes oftalmológicos sin interés.

En la exploración vemos hemorragia subconjuntival nasal, herida esclerocorneal limbar de 4-5 mm con hernia uveal y vítrea de localización nasal superior, pupila corectópica hacia las 12 horas con pérdida de tejido iridiano, atalamia grado II e hifema. No se observan cuerpos extraños. Tono digital muy blando. No se visualiza fondo de ojo por opacidad de medios.

Se repara la herida bajo anestesia general, realizando una peritomía de 90°, reposición de cámara anterior con viscoelástico cohesivo y lavado. Cierre escleral con nailon 10/0, 8 puntos sueltos, y conjuntival con Vicryl® 7/0, 3 puntos sueltos.

A los 4 días se consigue visualizar el fondo de ojo, que era normal.

A los 20 días, la AV sin corrección óptica es de 20/100, con agujero estenopeico de 20/40, siendo la refracción de +2.00 esférico -3.50 cilindro a 20°. Se evidencia una ampolla de filtración nasal elevada y difusa, con gran cantidad de cambios microquísticos, ligeramente hiperémica, de 5 mm de tamaño aproximadamente y sin signo de Seidel (fig. 1). La presión intraocular (PIO) es de 8 mmHg.

Ante la sospecha de seudoampolla de filtración secundaria a dehiscencia de la sutura, se procede a revisión quirúrgica de la herida bajo anestesia subtenoniana. Se realiza peritomía nasal, encontrándose un punto de fuga escleral en la zona de la sutura previa (fig. 2). Se sutura con nailon 10/0, 3 puntos sueltos y uno en mariposa (fig. 3), comprobándose, posteriormente, ausencia de fuga.

En el postoperatorio inmediato la PIO es de 14 mmHg, encontrándose la conjuntiva bien posicionada (fig. 4) y sin signos de fistulización.

Discusión

Los traumatismos oculares perforantes traen consigo múltiples consecuencias por el potencial daño de todos los tejidos oculares^{1,2}. Además, se han descrito seudoampollas de filtración tras cirugía de catarata, ya sea con incisión en túnel



Figura 1 Seudoampolla de filtración.

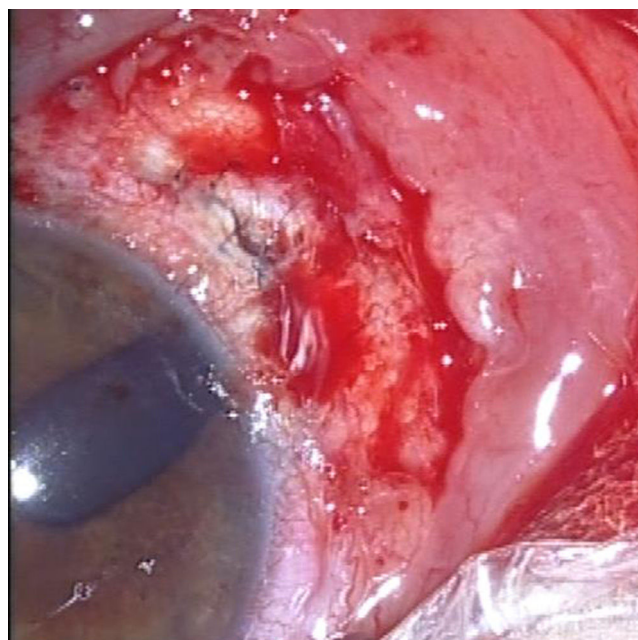


Figura 2 Fístula intraquirúrgica.

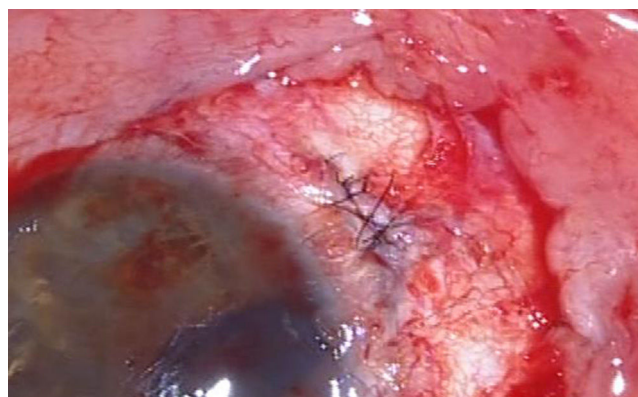


Figura 3 Ausencia de fuga tras sutura.

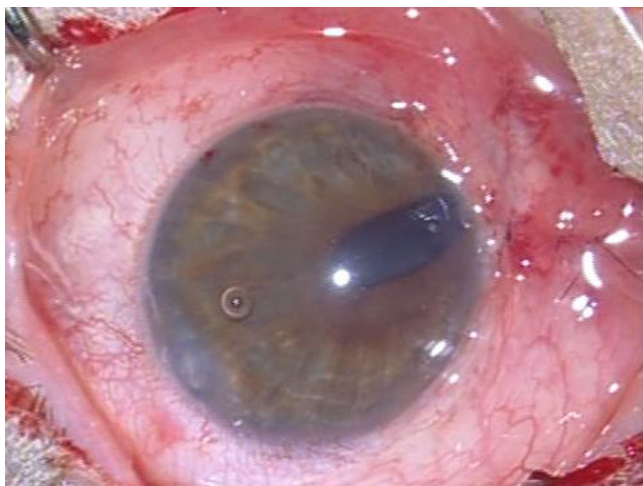


Figura 4 Postoperatorio mediato.

escleral o con incisión corneal, la cual puede persistir a pesar de los mecanismos de reparación fisiológicos³.

En este caso evidenciamos una pseudoampolla de filtración secundaria a un traumatismo, siendo la primera vez que evidenciamos esta complicación, ya que el tiempo de cicatrización de la esclera según los estudios de Hikichi et al.⁴ suele ser alrededor de 7 días, lo que supondría que la ampolla de filtración en caso de estar formada debería empezar a desaparecer a partir de la semana.

Por otro lado, en la literatura no encontramos recomendaciones específicas de manejo. Ozkaya et al. señalan la posibilidad de optar por una postura conservadora siempre y cuando no haya evidencia de complicaciones como maculopatía hipotónica, que típicamente aparece en pacientes con PIO menor de 5 mmHg. Otra complicación a temer es la infección de la ampolla (blebitis), con la consecuente endoftalmitis al actuar aquella como puerta de entrada⁵.

En estos casos es recomendable un tratamiento quirúrgico que podría realizarse con sutura simple del punto de fuga, implante de membrana amniótica o parche escleral⁵.

Conclusiones

En nuestro caso, optamos por la revisión quirúrgica de la herida, en un intento de prevenir cualquier tipo de complicación y de solventar, además, el problema estético y disestésico que producía, siendo suficiente la sutura simple

del punto de fuga al comprobar la estanqueidad de la herida una vez finalizada la cirugía.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiamiento

Los autores no recibieron patrocinio para llevar a cabo este artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Dannenberg A, Parver L, Brechner R, et al. Penetration eye injuries in the workplace. The National Eye Trauma System Registry. *Arch Ophthalmol.* 1992;110(6):843-8.
2. Mencía-Gutiérrez E, Gutiérrez-Díaz E, Gutiérrez-Díaz A, et al. Perforating ocular wounds in occupational accidents. *Ophthalmologica.* 1988;197(2):97-103.
3. Jain S. Inadvertent filtering bleb following suturless cataract surgery. *Indian J Ophthalmol.* 2005;53(3):196-8.
4. Hikichi T, Yoshida A, Hasegawa T, et al. Wound healing of scleral self-sealing incision: a comparison of ultrasound biomicroscopy and histology findings. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol.* 1998;236(10):775-8.
5. Ozkaya A, Alkin Z, Acet Y, et al. Traumatic scleral wound dehiscence with filtering bleb formation after surgical repair of penetrating globe injury. *Nepal J Ophthalmol.* 2013;5(9):136-7.