

Heridas palpebrales complejas: reporte de casos

María Alejandra Gómez^{a-b}, Juan Aguirre^b

^a *Consultorio Oftalmológico Dra. Alejandra Gómez*

^b *Hospital Ángel Cruz Padilla, San Miguel de Tucumán, Argentina.*

Recibido: 7 de septiembre de 2023.

Aprobado: 15 de febrero de 2024.

Contacto

Dra. María Alejandra Gómez
Hospital Angel Cruz Padilla
Alberdi 550
(4000) San Miguel de Tucumán, Argentina
m.alejandragomez@hotmail.com

Oftalmol Clin Exp (ISSNe 1851-2658)
2024; 17(1): e121-e127.

Resumen

Una de las funciones principales de los anexos oculares es la protección del globo ocular que, debido a su ubicación anatómica, están frecuentemente expuestos a traumatismos y cuya resolución representa un desafío terapéutico de manejo generalmente quirúrgico. Se presentan 3 casos de pacientes con diagnóstico de trauma palpebral severo que fueron atendidos y recibieron tratamiento quirúrgico con evolución satisfactoria. El reporte de estos casos nos aporta evidencias de práctica clínica para permitir un mejor manejo en el diagnóstico y tratamiento de los traumas palpebrales severos. **Palabras clave:** trauma ocular, trauma palpebral, oculoplastia.

Complex palpebral injuries: case reports

Abstract

One of the main functions of the ocular adnexa is the protection of the eyeball and due to their anatomical location they are frequently exposed to trauma, the resolution of which represents a therapeutic challenge that is generally managed surgically. We present 3 cases of patients with a diagnosis of severe palpebral trauma who were treated and received surgical treatment with satisfactory evolution. The report of these cases provides us with evidence of clinical practice, to allow a better management in the diagnosis and treatment of severe palpebral trauma.

Keywords: ocular trauma, lid trauma, oculoplastic.

Feridas palpebrais complexas: relato de caso

Resumo

Uma das principais funções dos anexos oculares é a proteção do globo ocular que, devido à sua localização anatômica, está frequentemente exposto a traumas e cuja resolução representa um desafio terapêutico do manejo geralmente cirúrgico. São apresentados três casos de pacientes com diagnóstico de trauma palpebral grave que foram tratados e receberam tratamento cirúrgico com evolução satisfatória. O relato desses casos nos fornece evidências da prática clínica que permitem melhor manejo no diagnóstico e tratamento do trauma palpebral grave.

Palavras-chave: trauma ocular, trauma palpebral, oculoplastia.

Introducción

Aunque recientemente se publicó un trabajo sobre traumas oculares en una región del Litoral argentino¹, hay pocos estudios que han abordado aspectos epidemiológicos de los traumatismos oftálmicos en nuestro país. En base a informes internacionales, podemos estimar que la incidencia de traumatismos oculares en pacientes adultos es de 38/100.000 por año²⁻⁴. También podemos estimar que en general las lesiones en los párpados constituyen aproximadamente el 8% de los traumatismos, las lesiones en la órbita aproximadamente el 8%, mientras que el 5% corresponde a las alteraciones de las vías lagrimales⁵⁻⁶.

Aproximadamente el 44% de los traumatismos palpebrales están relacionados con lesión en el globo ocular (incluidas contusiones) y en general el párpado superior se lesiona con más frecuencia que el inferior⁶⁻⁷. El margen del párpado puede verse afectado en aproximadamente el 24% de los traumatismos y hasta en el 16% de los casos las vías de drenaje lagrimal pueden estar dañadas⁶. Si bien también ocurre en niños, los más frecuentemente afectados por traumatismos en los párpados son los hombres adultos^{4, 6}.

Alrededor del 70% de las lesiones de las vías lagrimales representan una lesión del canalículo,

mientras que las lesiones del saco lagrimal son menos frecuentes (20%) y la injuria del conducto nasolagrimal es aun menos común (10%)^{4, 7-8}. Esporádicamente se encuentran lesiones en ambos canalículos simultáneamente, en aproximadamente el 12% de los casos⁷⁻⁸. El objetivo de este trabajo es describir aspectos diagnóstico-terapéuticos en casos de traumas palpebrales que requirieron resolución quirúrgica.

Casos clínicos

A continuación se presentarán tres casos cuyo denominador común fue haber padecido un trauma ocular con afectación palpebral.

Caso 1

Paciente de sexo masculino, 43 años, ingresa por guardia por accidente con disco de la amoladora en ojo derecho (OD). Paciente lúcido, vigil, buenos parámetros vitales. En su examen oftalmológico se observó una herida de bordes anfractuados de espesor completo desde región interna del párpado superior con avulsión que llegó hasta reborde superior temporal de la ceja de ojo derecho (figs. 1 y 2). Tal herida se acompañó de lesión corneal de espesor completo desde hora 11 a hora 4, atalamia e hipema (fig. 3).

La agudeza visual en ese ojo era de percepción luz con regular proyección luminosa. En ojo izquierdo (OI) tenía visión de 10/10.

Se solicitó tomografía computada (TC) de órbita donde no se evidenció lesión ósea ni cuerpo extraño orbitario (fig. 4).

Mediante sedación farmacológica se hizo una *toilette* de la herida y se procedió a reparar la córnea. Una vez que se constató que no había Seidel (fig. 5), se realizó infiltración local de lidocaína con epinefrina en la herida palpebral y se hizo limpieza profunda con desbridamiento de tejido necrosado. Se suturó por planos la herida palpebral (fig. 6). Se administró antibiótico intravenoso de amplio espectro en quirófano.

El paciente fue dado de alta con amoxicilina con ácido clavulánico por vía oral y tratamiento



Figura 1. Traumatismo con disco de amoladora. Presenta herida palpebral compleja, herida corneal perforante lineal de hora 11 a hora 5, hipema traumático e hipotalamia.



Figura 2. Herida palpebral compleja con avulsión de párpado superior y herida corneal perforante.



Figura 3. Avulsión de párpado superior con herida compleja más herida perforante corneal de ojo derecho.

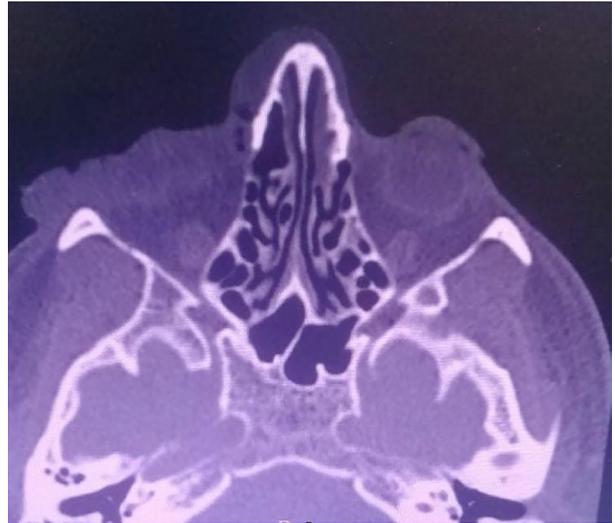


Figura 4. Tomografía de órbita sin lesión ósea, ausencia de cuerpo extraño orbitario, con pérdida de estructura del globo ocular derecho.



Figura 5. Posquirúrgico de 48 horas con adecuado cierre palpebral espontáneo.

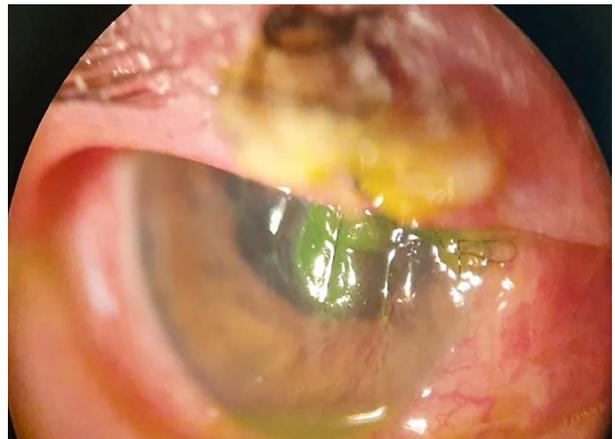


Figura 6. Biomicroscopía de herida corneal suturada, sin seidel, con cámara anterior formada.



Figura 7. Paciente posquirúrgico a 30 días de la reparación corneal y palpebral, secundario a traumatismo con disco de la amoladora. Se observa retracción con cicatriz hipertrófica.



Figura 8. A los 90 días de reparación de herida palpebral compleja y reparación corneal de ojo derecho.

tópico con atropina, ciclopentolato, antibióticos fortificados y acetato de prednisolona.

A la semana el paciente presentaba el párpado en posición con ligera ptosis, la agudeza visual permanecía siendo luz con buena proyección luminosa (fig. 7).

A los 30 días se constató ligera retracción de la herida, motivo por el cual se aplicó inyección perilesional de triamcinolona 40 mg/ml.

A los 3 meses el paciente presentó buena función palpebral y se comenzaron a evaluar estrategias terapéuticas para mejorar su agudeza visual (fig. 8).

Caso 2

Paciente de sexo masculino de 36 años, ingresó por guardia por accidente de tránsito. Al examen oftalmológico presentaba avulsión de párpado inferior del OI, con laceración canalicular (fig. 9). La agudeza visual era de 10/10 y tenía la motilidad ocular conservada.

Bajo sedación farmacológica se realizó infiltración local con lidocaína con epinefrina, *toilette* de la herida. Se reparó la vía lagrimal y el anclado del canto interno con nylon 5.0. Se dio alta hospitalaria con amoxicilina con ácido clavulánico por vía oral y tratamiento tópico con ciprofloxacina con dexametasona.

A la semana el paciente presentaba párpado inferior en posición, sin epífora. Se retiraron los puntos de piel (fig. 10). Al mes se retiró el segmento de silicona y se dio de alta al paciente (fig. 11).

Caso 3

Se recibe interconsulta de guardia a una paciente de sexo femenino de 40 años con antecedente de accidente en motocicleta. Al examen externo presentaba *scalp* y herida compleja de párpado izquierdo, evaluado y suturado previamente en el servicio de neurocirugía (fig. 12).

La paciente estaba consciente pero con fractura de miembro inferior, por lo que se realizó el examen en su lecho, en la habitación del nosocomio.

Su agudeza visual era de cuenta dedos a 1 metro, reflejos pupilares y motilidad conservada.

Se realizó TC de órbita donde no evidenció lesión ósea. En el momento de realizar la *toilette* de la zona lesionada, se evidenció que había demasiada asimetría para reparar el párpado, motivo por el que en quirófano y bajo sedación farmacológica se procedió a retirar los puntos que tenía (fig. 13) y suturar todo nuevamente por planos. Luego de esto se constató que no había pérdida de sustancia (fig. 14). La paciente quedó internada con antibioticoterapia sistémica y continuó su tratamiento traumatológico.



Figura 9. Paciente con politraumatismo. Avulsión de párpado inferior de ojo izquierdo y lesión de vía lagrimal.



Figura 10. Paciente a los 10 días de reparación de vía lagrimal y anclado de párpado inferior a periostio.



Figura 11. Paciente que cursa 45 días de reparación de vía lagrimal y avulsión traumática de párpado inferior de ojo izquierdo.



Figura 12. Scalp secundario a accidente de tránsito, suturado. Impresiona la pérdida de sustancia.



Figura 13. Reparación realizada que expone planos profundos.



Figura 14. Fotografía donde se observa paciente con scalp reparada por planos, al aproximar planos profundos se constató ausencia de pérdida de sustancia.

Discusión

En esta serie se describieron tres casos de accidentes con afectación ocular y particularmente palpebral, que requirieron de un manejo interdisciplinario de urgencia y de un tratamiento quirúrgico oftalmológico. Estas son situaciones potencialmente frecuentes y en nuestros casos dos personas tuvieron accidentes de tránsito y otra con una tarea laboral. Es importante tener en cuenta que ante cualquier trauma ocular, la confección de una historia clínica completa, incluyendo antecedentes personales, causa detallada del trauma y su tiempo de evolución, resulta fundamental para la toma de decisión de los posteriores pasos a seguir. Además, desde el punto de vista oftalmológico es necesario realizar un examen ocular exhaustivo para precisar la agudeza visual de forma inicial y explorar la herida, independientemente del ámbito dónde se encuentre el paciente, que muchas veces es durante su internación. También es imprescindible tomar una radiografía de órbita en posición anteroposterior y lateral y puede ser de mucha utilidad la ecografía ocular, pero dependiendo del estado del globo ocular ya que esto puede ser una limitación. Estos medios permiten descartar la presencia de cuerpo extraño intraocular, intraorbitario o fracturas de la órbita, que tan frecuentemente se asocian a los traumas. Una vez descartadas estas entidades y considerando el estado general del paciente y otras prioridades que puedan resultar vitales, se puede realizar la reconstrucción quirúrgica de las heridas⁶.

Independientemente de considerar y cuidar todos los aspectos órbita-oculares en el contexto del paciente con trauma, debemos poner énfasis en la relevancia de evaluar y si fuera necesario reparar y restaurar los párpados. El funcionamiento adecuado de los párpados es necesario para mantener los ojos sanos, por los pacientes con cáncer o con lesiones traumáticas en los párpados necesitan una atención especial para preservar no sólo la estética de los párpados sino también su función^{6,9}. Para esto, la oculoplástica cubre una amplia gama de lesiones de diversas estructuras anatómicas diferentes⁹. En el manejo inicial, claramente lo principal será la estabiliza-

ción del paciente y cuidar los aspectos que puedan comprometer su vida. Superado este paso, antes de evaluar las lesiones palpebrales se debe descartar la presencia de lesión ocular a globo abierto y/o cuerpo extraño intraocular, esto se debe a la alta proporción de lesiones oculares a globo abierto en pacientes con heridas palpebrales^{4,6}. Posteriormente, siempre es importante realizar una buena *toilette* y desbridamiento de tejido necrótico, al igual que es fundamental el tratamiento antibiótico.

En relación con la reparación, debe realizarse por planos, ya que las lesiones por avulsión de párpado requieren de una cuidadosa sutura por planos donde se comienza con el cierre profundo de los tendones cantales. En el caso de las heridas palpebrales incisivas con afcción del borde libre que involucran el sistema canalicular, siempre requieren de reparación⁹.

Un diagnóstico cuidadoso podrá devenir en la necesidad de establecer una solución quirúrgica que deberá ser correctamente realizada, ya sea exclusivamente dirigida por un oftalmólogo general, un oftalmólogo especializado en cuestiones oculoplásticas preferentemente y de acuerdo a su disponibilidad en la región, o por todo el equipo multidisciplinario en el caso de lesiones más complejas. Todo lo anterior es la clave para un buen resultado funcional y estético. Asimismo, es muy importante un adecuado seguimiento para prevenir futuras complicaciones tardías. Finalmente, ante estos casos es relevante que el oftalmólogo se plantee los diagnósticos básicos y que considere las posibilidades terapéuticas disponibles en su ámbito de trabajo. Porque también deberá considerar y decidir si tiene los medios y si está capacitado para la resolución del trauma o deberá enviar al paciente a un centro especializado y de mayor complejidad.

Conclusión

Los traumas oculares que involucran lesiones palpebrales involucran un factor extra de complejidad que debe tenerse en cuenta a la hora de establecer su manejo terapéutico, el que frecuentemente es quirúrgico, como se observó en los

casos presentados. Se puede necesitar un equipo interdisciplinario para que el oftalmólogo pueda delegar aspectos del cuidado vital del paciente y se concentre en la resolución del cuadro ocular en general y de la restauración anatómo-funcional del párpado en particular. Aunque a veces una lesión palpebral parezca simple, de su correcto manejo dependerá la futura salud del globo ocular.

Referencias

1. Frías AML, Buffa BR, Pagella FD *et al.* Estudio epidemiológico de traumatología ocular en Paraná, Entre Ríos, Argentina. *Oftalmol Clin Exp* 2023; 16: e376-e383.
2. Kwon JW, Choi MY, Bae JM. Incidence and seasonality of major ocular trauma: a nationwide population-based study. *Sci Rep* 2020; 10: 10020.
3. Belmonte-Grau M, Garrido-Ceca G, Marticorena-Álvarez P. Ocular trauma in an urban Spanish population: epidemiology and visual outcome. *Int J Ophthalmol* 2021; 14: 1327-1333.
4. Tomaiuolo M, Woreta FA, IRIS® Registry Analytic Center Consortium *et al.* Open-globe injury repairs in the American Academy of Ophthalmology IRIS® Registry 2014-2018: incidence, risk factors, and visual outcomes. *Ophthalmology* 2023; 130: 812-821.
5. Sahraravand A, Haavisto AK, Holopainen JM, Leivo T. Ocular trauma in the Finnish elderly: Helsinki Ocular Trauma Study. *Acta Ophthalmol* 2018; 96: 616-622.
6. Ko AC, Satterfield KR, Korn BS, Kikkawa DO. Eyelid and periorbital soft tissue trauma. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 2021; 33: 317-328.
7. Cade KL, Taneja K, Jensen A, Rajaii F. Incidence, characteristics, and cost of eyelid lacerations in the United States from 2006 to 2014. *Ophthalmol Ther* 2023; 12: 263-279.
8. Ali MJ, Paulsen F. Human lacrimal drainage system reconstruction, recanalization, and regeneration. *Curr Eye Res* 2020; 45: 241-252.
9. Kopecký A, Němčanský J. Trauma in oculoplastic surgery: a review. *Cesk Slov Ophthalmol* 2020; 76: 103-110.