

Lesiones corneales traumáticas

Fecha de la última revisión: **19/07/2017**

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cómo se diagnostican?](#)
3. [¿Cómo se trata?](#)
4. [Erosión corneal recurrente](#)
5. [Bibliografía](#)
6. [Más en la red](#)
7. [Autores](#)

¿De qué hablamos?

Una lesión traumática corneal es cualquier agresión mecánica, química o física que se produce sobre la córnea y puede ocasionar desde lesiones banales hasta lesiones que pueden dejar graves secuelas en el ojo afectado. Según su etiología pueden clasificarse en (Benito Mayoral N, 2006):

- Traumatismos mecánicos:
 - Erosión corneal.
 - Cuerpo extraño superficial.
- Traumatismos químicos: causticación por ácidos y álcalis.
- Traumatismos físicos:
 - Queratitis actínica: la de los soldadores y la relacionada con la exposición solar prolongada.
 - Quemadura térmica.

La córnea es una estructura ricamente inervada, por lo que uno de los principales motivos de consulta por ojo doloroso es la patología corneal. Cualquier traumatismo corneal provoca dolor, fotofobia, lagrimeo y blefarospasmo.

En las erosiones corneales se pierde la capa epitelial (capa fina superficial) de la córnea, sin que se afecte el estroma (capa gruesa de tejido colágeno) y cursan con lagrimeo, sensación de cuerpo extraño, blefarospasmo y dolor agudo.

En la queratitis actínica los síntomas suelen aparecer entre 6 y 10 horas después de la exposición, ocasionando desde una irritación ligera con sensación de cuerpo extraño, hasta dolor intenso, hiperemia, lagrimeo, fotofobia grave, espasmo con edema palpebral y punteado corneal (queratitis punctata).

Las quemaduras químicas por ácidos y álcalis pueden producir lesiones de más o menos gravedad, en función de la concentración, del tipo de producto, de la cantidad y de la rapidez de su eliminación. Las quemaduras por álcalis son más graves porque puede penetrar hasta la cámara anterior, mientras que los ácidos suelen producir una quemadura superficial. Las quemaduras químicas leves provocan erosiones corneales, hiperemia subconjuntival, lagrimeo y blefarospasmo. Las quemaduras graves pueden producir isquemia limbar, opacidad corneal y necrosis conjuntival, dando un aspecto característico al ojo denominado “ojo en porcelana”.

En las quemaduras térmicas, la acción directa del calor sobre la córnea puede provocar lesiones y síntomas similares a las producidas por los ácidos y álcalis.

¿Cómo se diagnostican?

(García González M, 2015; Sarlat Ribas MA, 2015)

- **Anamnesis:** mecanismo de producción de la lesión, naturaleza del cuerpo extraño, tipo de cáustico, tiempo de evolución.
- **Exploración:** si se sospecha cuerpo extraño superficial, se debe explorar la córnea, la conjuntiva bulbar y tarsal y los fondos de saco conjuntivales, para lo que debemos realizar eversión del párpado superior y exposición del fondo de saco inferior. Una vez extraído el cuerpo extraño se debe realizar la tinción con fluoresceína.
- **Tinción con fluoresceína:** si presenta blefarospasmo se recomienda aplicar una gota de colirio anestésico para facilitar la exploración, posteriormente una gota de fluoresceína y lavado del exceso con suero fisiológico. La fluoresceína se fija a las zonas de la córnea con pérdida epitelial y se visualizan de color verde intenso al iluminar la zona con una linterna con adaptador para luz azul. La tinción con fluoresceína puede mostrar un punteado localizado o difuso (queratitis), una erosión o una úlcera corneal.
- **Test de Seydell:** es positivo cuando al aplicar una gota de fluoresceína, se observa que ésta es diluida por humor acuoso que sale de la cámara anterior en el punto de perforación, es útil para descartar penetración ocular.

¿Cómo se trata?

Cuerpo extraño y erosión corneal:

- Retirar cuerpo extraño corneal utilizando una torunda o una aguja de insulina. Si el cuerpo extraño es metálico debe eliminarse el círculo de óxido manipulando la aguja paralela a la córnea.
- Pomada epitelizante cada 8 horas hasta la resolución de la lesión. La pomada disminuye el roce palpebral sobre la córnea y mejora la sensación dolorosa.
- Si existe riesgo de sobreinfección se debe añadir un colirio antibiótico tópico.
- Colirio ciclopléjico: **tropicamida** al 1%, 1 gota/12 horas para disminuir el dolor durante las primeras 24-48 horas. No utilizar si existe historia previa de glaucoma de ángulo cerrado.
- No está indicada la oclusión ocular ya que no se modifica la velocidad de curación y pueden aumentar las molestias oculares y la duración de la visión borrosa, los estudios demuestran que no ocluir el ojo afecto, reduce antes el dolor y mejora más rápido la funcionalidad ocular (Sarlat Ribas MA, 2015). Además, las

- posibilidades de infección aumentan, especialmente si la abrasión se relaciona con lentes de contacto (pseudomona) (Flynn CA, 1998; Kaiser PK, 1995; Turner A, 2006).
- Los AINEs tópicos pueden proporcionar analgesia eficaz en pacientes con abrasiones traumáticas de la córnea (Calder LA, 2005).
- Analgésico sistémico.
- Evitar el uso abusivo de los anestésicos tópicos que, aunque alivian el dolor, retrasan la reepitelización.
- Derivar al hospital si (Benito Mayoral N, 2006):
 - Cuerpo extraño corneal impactado.
 - Úlcera de gran tamaño de localización pupilar.
 - Sospecha de perforación.
 - Cuerpo extraño intraocular.

Queratitis actínicas: suele curar sin secuelas en 48 horas:

- Colirio ciclopléjico (alivia el espasmo ciliar y por tanto el dolor) durante las primeras 24-48 horas. No utilizar si historia previa de glaucoma de ángulo cerrado.
- Pomada antibiótica o epitelizante y oclusión.
- Analgésico sistémico.

Quemaduras químicas y térmicas:

- Lavado abundante con suero fisiológico, solución de Ringer o en su defecto con agua, fundamentalmente en los fondos de saco conjuntivales, durante 15-20 minutos.
- Pomada epitelizante cada 8 horas hasta la resolución de la lesión. La pomada disminuye el roce palpebral sobre la córnea y mejora la sensación dolorosa.
- Colirio antibiótico tópico para prevenir una posible sobreinfección.
- Colirio ciclopléjico: **tropicamida** al 1%, 1 gota/12 horas para disminuir el dolor durante las primeras 24-48 horas. No utilizar si historia previa de glaucoma de ángulo cerrado.
- Analgésico sistémico.
- Evitar el uso abusivo de los anestésicos tópicos que, aunque alivian el dolor, retrasan la reepitelización.
- Derivar al oftalmólogo si se trata de:
 - Lesiones extensas o profundas.
 - Córnea opacificada.
 - Lesiones por álcalis, ante el riesgo de consecuencias graves, fundamentalmente por amoniaco o sosa cáustica.
 - Existe sospecha de herida penetrante, es decir, si las lesiones fueron producidas por un objeto a alta velocidad (accidentes de coche, sierras automáticas, césped en movimiento).
 - Dolor resistente al anestésico tópico.
 - Disminución de la visión del paciente.
 - Si no hay mejoría en 24 horas.
 - Ojo único.

Erosión corneal recurrente

(De Alba-Castilla MA, 2015; Velarde JI, 2005; Watson SL, 2012)

La erosión corneal recurrente es un trastorno clínico relativamente frecuente que se caracteriza por episodios repetidos de alteración del epitelio corneal que ocasiona sensación de cuerpo extraño, fotofobia, dolor y lagrimeo. Las causas más frecuentes son los traumatismos, la distrofia de la membrana basal y la distrofia superficial de la córnea (anormalidad de los complejos de adhesión entre el epitelio corneal y el estroma).

Los síntomas varían desde molestias ligeras y pasajeras, a veces con pequeñas erosiones corneales (tipo microforma), hasta dolor con grandes áreas de epitelio despegado o roto (tipo macroforma).

Los pacientes suelen referir episodios de dolor, lagrimeo, fotofobia y visión borrosa, habitualmente al despertar. Las erosiones pueden resolverse rápidamente y es posible que no se observen en la exploración.

El objetivo del tratamiento es promover la reepitelización y el restablecimiento del complejo de la membrana basal, así como aliviar el dolor de la fase aguda. Generalmente el ataque agudo de erosión corneal recurrente se resuelve espontáneamente. El manejo depende de la gravedad del cuadro, la frecuencia de las recurrencias, la presencia y tamaño del defecto epitelial y el resultado de tratamientos previos y va encaminado al alivio sintomático del paciente, disminuir el dolor, promover la reepitelización corneal y restablecer el complejo de anclaje entre la capa de células.

La mayoría de los casos responden a tratamientos simples y conservadores, a base de lubricantes oculares en forma de gotas durante el día y pomadas por la noche. La mayoría de los pacientes tienen buena respuesta al tratamiento conservador, eliminando el dolor y logrando curación epitelial inicial. Sin embargo, dicho tratamiento no reduce el riesgo de recurrencias.

En algunos casos estas medidas sencillas fracasan y se requieren estrategias alternativas para el tratamiento y la profilaxis. Tales estrategias incluyen lentes de contacto blandas terapéuticas (lentes de apoyo escleral) a largo plazo, inhibidores de la matriz metaloproteínasa (**tetraciclina** oral 250 mg/12 horas 12 semanas o prednisona tópica 0,5%/6 horas 7 días o ambas; **doxiciclina** oral 50 mg/12 horas y corticoesteroide tópico/8 horas 2-3 semanas) o tratamiento quirúrgico (desbridamiento epitelial, punciones del estroma anterior con agujas, queratectomía fototerapéutica, queratectomía superficial).

Bibliografía

- Bajo Argomániz E. ¿Tapar o no tapar una abrasión corneal? Esa es la cuestión. AMF. 2008;4(6):341-3. Disponible en: http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=338
- Benito Mayoral N, Bajo Argomániz E. Traumatismos oculares. AMF. 2006;2(9):514-8. Disponible en: http://amf-semfyc.com/web/revistas_ver.php?id=55
- Calder LA, Balasubramanian S, Fergusson D. Topical nonsteroidal anti-inflammatory drugs for corneal abrasions: meta-analysis of randomized trials. Acad Emerg Med. 2005;12(5):467-73. PubMed **PMID: 15860701**. **Texto completo**
- De Alba-Castilla MA, López-Rubio S, Rodríguez-García A. Síndrome erosivo corneal recurrente enmascarado como queratitis epitelial herpética. Rev Mex Oftalmol. 2015;89(4):255-64. **Texto completo**
- Flynn CA, D'Amico F, Smith G. Should we patch corneal abrasions? A meta-analysis. J Fam Pract. 1998;47(4):264-70. PubMed **PMID: 9789511**
- García González M, Arranz Márquez E, Teus MA. Patología dolorosa ocular. Medicine. 2015;11(91):5415-22.
- Kaiser PK. A comparison of pressure patching versus no patching for corneal abrasions due to trauma or foreign body removal. Corneal Abrasion Patching Study Group. Ophthalmology. 1995;102(12):1936-42. PubMed **PMID: 9098299**
- Sarlat Ribas MA. Cuerpo extraño ocular. FMC. 2015;22(1):39-40.
- Turner A, Rabiú M. Patching for corneal abrasion. Cochrane Database Syst Rev. 2006;(2):CD004764. PubMed **PMID: 16625611**

- Velarde JI, Gutiérrez C, Vélez E, Fernández del Coto JN. Erosión corneal recidivante en dos miembros de una familia con enfermedad de Marfan. Tratamiento con desepitelización y lente de contacto terapéutica. Rev Esp Contact. 2005;12:55-7. [Texto completo](#)
- Watson SL, Lee MHH, Barker NH. Interventions for recurrent corneal erosions. Cochrane Database Syst Rev. 2012;(9):CD001861. PubMed [PMID: 22972054](#)

Más en la red

- Ahmed F, House RJ, Feldman BH. Corneal Abrasions and Corneal Foreign Bodies. Prim Care. 2015 Sep;42(3):363-75. PubMed [PMID: 26319343](#)
- Logothetis HD, Leikin SM, Patrianakos T. Management of anterior segment trauma. Dis Mon. 2014 Jun;60(6):247-53. PubMed [PMID: 24906669](#)
- Tarff A, Behrens A. Ocular Emergencies: Red Eye. Med Clin North Am. 2017 May;101(3):615-639. PubMed [PMID: 28372717](#)

Autores

- Chelo Naya Cendón Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (1)
- Miguel Ángel Rodríguez de la Iglesia Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (2)

(1) Servicio de Atención Primaria de Culleredo. Servicio Galego de Saúde. A Coruña. España.
(2) Servicio de Atención Primaria del Castrillón. Servicio Galego de Saúde. A Coruña. España.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

