

Ojo traumático

Fecha de la última revisión: **23/07/2013**

Índice de contenidos

1. [Introducción](#)
2. [Quemadura química](#)
3. [Traumatismos físicos](#)
4. [Traumatismos palpebrales y orbitarios](#)
5. [Traumatismos del globo ocular](#)
6. [Cuerpos extraños](#)
7. [Derivación urgente al oftalmólogo](#)
8. [Bibliografía](#)
9. [Más en la red](#)
10. [Autores](#)

Introducción

La mayoría de las lesiones traumáticas oculares son banales y sólo afectan a las cubiertas protectoras del ojo; en otras ocasiones, pueden provocar secuelas de extrema gravedad, siendo la primera causa de ceguera unilateral en el mundo. Son más frecuentes en varones que en mujeres. Actualmente las causas más frecuentes son los deportes de contacto o de raqueta y los accidentes laborales. En todo traumatismo debe realizarse una exploración oftalmológica que permita descartar lesión ocular grave valorando la agudeza visual, exploración del ojo y estructuras adyacentes, descartar perforaciones oculares para evitar medicación tópica y utilizar anestésicos tópicos solo para facilitar la exploración. La actuación del médico de atención primaria consiste en el manejo de las lesiones de carácter más leve como son las erosiones corneales no complicadas, el cuerpo extraño superficial y las lesiones por luz ultravioleta, el resto deben ser remitidas para valoración por el oftalmólogo.

Quemadura química

Producen destrucción de los tejidos afectados. Son más dañinos los álcalis que los ácidos. Existen grados según la afectación ocular, las de menor grado producen hiperemia conjuntival y si se produce más afectación existe una isquemia limboesclerocorneal y opacificaciones de la cornea. Es una urgencia absoluta. Instilar una gota de anestésico para poder irrigar al paciente con suero fisiológico durante 15-20 minutos hasta ser valorado por el oftalmólogo.

Traumatismos físicos

- **Quemadura térmica:** el calor puede lesionar el ojo de manera directa o indirecta, al liberarse gran cantidad de calor de las reacciones químicas. El párpado suele ser la estructura más afectada seguido por la córnea. Si es una quemadura leve del párpado se trata con pomada antibiótica, el resto de los casos se enviarán para atención especializada.
- **Queratitis actínica o fotoeléctrica:** se trata de una queratitis punteada superficial, es decir, lesiones puntiformes del epitelio corneal generalmente bilaterales que tiñen con fluoresceína. Es producida por luz ultravioleta y los síntomas aparecen a las 6-7 horas de la exposición a la misma. Típica lesión de soldadores y esquiadores sin protección ocular. El tratamiento consiste en antibióticos tópicos para evitar sobreinfección (pomada tetraciclina 3 veces al día 3-4 días, quinolonas en usuarios de lentes de contacto y aconsejar la retirada temporal de las mismas). El uso de lágrimas artificiales y colirio de AINES será beneficioso. Si no evidenciamos ninguna mejoría derivar al oftalmólogo.
- **Retinopatía solar:** es rara solo en individuos que observan detenidamente eclipse solar o en casos de drogadicción por alucinógenos. Puede existir disminución de agudeza visual y escotoma central. Puede producir una lesión actínica en la córnea y daño a nivel de la retina central. Generalmente se recupera la visión casi totalmente en los meses siguientes.

Traumatismos palpebrales y orbitarios

A todo paciente que presente un traumatismo palpebral u orbitario debe realizársele una exploración oftalmológica completa valorando la agudeza visual, lesiones oculares y estructuras adyacentes. Ante impactos de alta intensidad y/o alteraciones en la visión debemos remitir al paciente al oftalmólogo aunque las estructuras parezcan estar intactas.

- **Hematoma y equimosis palpebrales:** cuando se presentan de forma aislada son asintomáticos y no requieren tratamiento. Pueden acompañarse de hiposfagmas.
- **Heridas en párpado:** se pueden producir laceraciones y arrancamientos palpebrales. La sección canalicular hay que descartarla en todo traumatismo ocular que afecte a la parte medial del borde libre palpebral. En todos los casos derivar al oftalmólogo de urgencias.
- **Fracturas orbitarias:** están producidas por traumatismos de fuerte intensidad que inciden sobre el macizo facial asociada a fracturas del reborde y pared orbitarios. La pared de la órbita mas débil es la inferior seguida de la interna. Si se afecta la medial se suele asociar a fracturas del suelo orbitario. Generalmente se asocian con lesiones del globo ocular. El paciente suele tener diplopia y en la exploración encontramos enoftalmos, enfisema subcutáneo (por lesión de la pared medial) y en caso de fracturas del suelo de la órbita aparece anestesia nerviosa y restricción en la elevación ocular (por atrapamiento nervioso y muscular, respectivamente). Derivación hospitalaria urgente para valoración por el especialista en cirugía maxilofacial.

Traumatismos del globo ocular

Las contusiones leves pueden producir alteraciones banales en segmento anterior como lesiones en conjuntiva (hemorragia subconjuntival) o en cornea (erosión corneal traumática). Enviar al oftalmólogo cuando sospechemos lesiones diferentes a éstas o cuando el mecanismo traumático o su violencia nos hagan pensar que haya un daño más grave en estructuras oculares. Los traumatismos pueden ser contusos, incisos o inciso-contusos, pudiendo observarse las siguientes alteraciones según la intensidad del impacto, las características del objeto y la apertura o no del párpado.

- **Hemorragia subconjuntival o hiposfagma:** suele ser asintomática y no precisa tratamiento, si existe sensación de cuerpo extraño aplicar lágrimas artificiales.
- **Lesión corneal:** existe inyección periquerática, fotofobia, sensación de cuerpo extraño y dolor moderado. Si disminuye la transparencia de la cornea central se altera la visión de forma moderada-severa. Existe una disrupción del epitelio y la tinción con colirio de fluoresceína es positiva. El tratamiento se realiza mediante ungüentos o colirios antibióticos (de nuevo señalar que en usuarios de lentes de contacto los antibióticos de elección son las quinolonas así como cuando la lesión es producida por un objeto vegetal) cada 2-4 horas, añadir al tratamiento un colirio ciclopéjico 3 veces al día para aliviar los síntomas y pomada epitelizante antes de acostarse. Los antibióticos se mantendrán durante 5-7 días y el ciclopéjico durante las primeras 24-48 horas. No tapar el ojo. Revisar al paciente al día siguiente. Derivar al oftalmólogo si la erosión corneal es extensa, no hay mejoría en 24 horas, es ojo único o existe sospecha de herida penetrante. La afectación profunda de la córnea se denomina úlcera corneal y es una complicación de la patología superficial de la córnea. Los síntomas son similares pero más intensos, con mayor afectación visual.
- **Uveítis anterior traumática:** producida por una inflamación de iris y cuerpo ciliar generalmente secundaria a una contusión ocular con objeto a alta velocidad (p.e. pelotazo). En la exploración encontramos una inyección ciliar y dolor ocular moderado-severo. Puede aparecer visión borrosa como consecuencia de las células inflamatorias y proteínas flotando en cámara anterior que dan lugar al fenómeno Tyndall (solo valorable con lámpara de hendidura). Hay una escasa respuesta del iris a la luz y es clásica la presencia de miosis. Derivar al oftalmólogo urgentemente para tratamiento.
- **Hifema:** el hifema es una complicación grave del traumatismo ocular. Consiste en la existencia de sangre en cámara anterior que muchas veces puede ser observada a simple vista, a veces depositada inferiormente. Suele acompañarse de dolor y disminución de agudeza visual y frecuentemente con elevaciones importantes de la presión intraocular. Remitir al oftalmólogo para valoración y tratamiento. El paciente debe estar en reposo absoluto los días siguientes al traumatismo para evitar el resangrado.
- **Lesiones traumáticas del iris y cristalino:** se producen tras traumatismo de gran violencia y generalmente se acompañan de hifema. El paciente se queja de pérdida de agudeza visual, dolor y en la exploración podremos observar corectopia (alteración de la situación de la pupila). Descartar estas lesiones es tarea de oftalmólogo. A medio plazo se pueden desarrollar cataratas, aunque son más frecuentes en traumatismos penetrantes.
- **Hemovítreo y desgarro retiniano:** produce pérdida de la agudeza visual o percepción de manchas oscuras en caso de hemorragia vítrea. Si la hemorragia es intensa se pierde el fulgor pupilar y no se podrá valorar los detalles del fondo de ojo. Siempre que exista sospecha de esta patología derivar al oftalmólogo.
- **Heridas perforantes del globo ocular:** estallido ocular: la herida penetrante se produce por un objeto puntiagudo y sin orificio de salida que produce una penetración completa de la pared ocular. El estallido del globo ocular es debido a un traumatismo de gran intensidad con un objeto de menor tamaño que el diámetro orbitario. Tienen escasa incidencia, pero en pacientes intervenidos de cirugías oculares, como cataratas, son mas frecuentes. En ambos la reconstrucción ocular es decisiva para tratar de mantener la función visual y evitar la enucleación.

Cuerpos extraños

La sensación de cuerpo extraño o de arenilla constituye un motivo de urgencias muy frecuente y a veces puede resolverse en la consulta del médico de familia. La anamnesis sobre las circunstancias que precedieron al impacto puede explicar las características de la lesión. En los casos de sospecha de cuerpo extraño intraocular, cuerpo extraño metálico o alteraciones de la agudeza visual remitir de urgencia al oftalmólogo. Dependiendo de donde esté el cuerpo extraño:

- **Conjuntiva y cornea:** aparecen los mismos síntomas anteriormente descritos en la lesión corneal. Si existe importante blefarospasmo instilar una gota de anestésico para facilitar la exploración. Irrigar el ojo con suero fisiológico, visualizar objeto e intentar retirar suavemente con una torunda de algodón (estéril). Si se desprende sin manipular lo manejaremos como una erosión corneal, en caso contrario derivar al oftalmólogo. No olvidar valorar la conjuntiva tarsal superior. Si es un cuerpo extraño metálico derivar oftalmólogo.
- **Intraoculares:** pueden entrar a través de cornea o esclera. Los grandes objetos se suelen acompañar de grandes destrozos titulares pero si son pequeños (fragmentos de metal, vidrio, etc.) pueden tener un punto de entrada tan pequeño que no se note a la exploración externa. Sospecharlo cuando el paciente refiera que le ha saltado algo al ojo (picar, martillea, cavar o cualquier choque de instrumentos de metal con superficies duras se consideran maniobras de alto riesgo) y no se vea cuerpo extraño en cornea o conjuntiva. Derivación urgente al oftalmólogo.

Derivación urgente al oftalmólogo

Debe valorarse la derivación al oftalmólogo ante los siguientes problemas o situaciones:

- Pérdida agudeza visual o alteración en el campo visual.
- Dolor con el movimiento ocular.
- Fotofobia.
- Diplopia.
- Proptosis.
- Fotopsias o miodesopsias.
- Pupilas irregulares.
- Hípema.
- Halos alrededor de las luces.
- Laceración borde palpebral.
- Hemorragia subconjuntival.
- Sospecha perforación globo ocular.
- Traumatismo con rotura de lentes de contacto.

Bibliografía

- Cámara Hermoso de la J, Anglada Escalona JR, Ruiz Bilbao SM. Ojo rojo. Jano. 2003;65(1481):32-42.
- García Olmos L, Gómez Gascón T, González Martínez Y, Marín-Carrillo Domínguez P, Muñoz González F, Nogales Aguado P, et al. Ojo rojo. En: Recomendaciones prácticas para el médico de familia. Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria; 2005. [Texto completo](#)
- Hampton R. The red eye. Comprehensive Therapy. 2006;32(1):43-6.
- Leibowitz HM. The red eye. N Engl J Med. 2000;343(5):345-51. PubMed [PMID: 10922425](#)
- Pastor Jimeno JC. Guiones de oftalmología. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España S.L.; 1999. ISBN 13: 978-84-481-8313-4
- Rhee D, Pyfer M. The Wills Eye Hospital. Manual de urgencias oftalmologicas. 3ª ed. México: McGraw Hill; 2000.
- Rizo Martínez S, Jiménez Guerra V, Gómez Rodríguez JM. Ojo rojo. En: Marta Sánchez-Celaya del Pozo, coordinadora. Recomendaciones prácticas para el médico de familia. Madrid: Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria; 2005. p. 71-5. [Texto completo](#)
- Rodriguez JO, Lavina AM, Agarwal A. Prevention and treatment of common eye injuries in sports. Am Fam Physician. 2003;67(7):1481-8. PubMed [PMID: 12722848](#). [Texto completo](#)
- Teus Guezala MA. Ojo rojo. En: Teus MA, editor. Manual básico de oftalmología para atención primaria. Madrid: Editorial Médica Internacional; 1996. ISBN 13: 978-84-86917-86-9
- Wirbelauer C. Management of the red eye for the primary care physician. Am J Med. 2006;119(4):302-6. PubMed [PMID: 16564769](#)

Más en la red

- Browner EA. Corneal abrasions. Pediatr Rev. 2012 Jun;33(6):285-6. PubMed [PMID: 22659262](#)
- Romaniuk VM. Ocular trauma and other catastrophes. Emerg Med Clin North Am. 2013 May;31(2):399-411. PubMed [PMID: 23601479](#)
- Scott R. The injured eye. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. 2011 Jan 27;366(1562):251-60. PubMed [PMID: 21149360](#)

Autores

- | | |
|------------------------------|---|
| ▪ Juan Pedro Justel Pérez | Médico Especialista en Medicina de Familia (1) |
| ▪ Irene Zabala Martín-Gil | Médico Especialista en Medicina de Familia. Médico Residente Radiodiagnóstico (2) |
| ▪ Eduardo N. Vleming Pinilla | Médico Especialista en Oftalmología (3) |

(1) Centro de Salud Arroyo de la Media Legua. SERMAS. Madrid, España.
(2) Hospital de la Princesa. SERMAS. Madrid.
(3) Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. SERMAS. Madrid, 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](#) |

