

DOS CASOS INTERESANTES DE CUERPO EXTRAÑO ENDO-OCULAR

Por el doctor Alfonso Tribín Piedrahíta

Los cuerpos extraños endo-oculares han sido siempre un grave problema oftalmológico, pues en la mayoría de los casos, el ojo lesionado debe sacrificarse para evitar perturbaciones simpáticas.

El empleo del electro-imán, si bien no ha resuelto el problema, ha contribuido notoriamente a mejorarlo y, en algunos casos como los que presento en estos trabajos, su uso es realmente salvador. Es claro que solamente es utilizable para la extracción de cuerpos extraños sensibles a él, razón que hace su empleo limitado.

El único electro-imán gigante que existe en el país en la actualidad, es el que se encuentra en el Hospital de San Juan de Dios, el cual fue conseguido gracias a la tenaz y constante labor del Profesor Francisco Vernaza.

El primer caso corresponde a un empleado de los FF.CC. Nales., de cuarenta y nueve años, quien en noviembre de 1949, en cuestiones de su oficio, recibió sobre su O. D. el impacto de una partícula de acero.

Al examen oftalmológico, se observaba un fragmento metálico que, habiendo penetrado por la parte superior de la córnea, iba a incrustarse en el borde superior del cristalino deformando a su paso el iris y el orificio pupilar, formando una especie de puente entre la córnea y la lente cristaliniana.

La agudeza visual estaba enormemente disminuída pues sólo existían percepción y proyección luminosas. Como sintomatología concomitante se encontraba fotofobia, Hiperemia conjuntival, ligera reacción iridiana y opacidad traumática del cristalino en su polo superior. El fondo de ojo era casi invisible.

Tres días después fue llevado al electro-imán. Se hizo anestesia

local, cocaína instilada y novocaina inyectada, aquinesia y separación palpebral por medio de hilos.

Con el electro-imán se extrajo un fragmento de acero filiforme, curvilíneo de extremidades afiladas y bordes cortantes, de cuatro milímetros de longitud.

Se aplicó unguento de atropina y sulfatiazol y se ordenó la aplicación de Penicilina inyectada cada tres horas.

Un mes después del accidente fue visto nuevamente, encontrándose los siguientes hechos:

O. I.: Coroidonrretinitis macular antigua con agudeza visual central abolida.

O. D.: Este ojo, que pudiéramos llamar funcionalmente único y el cual sufrió las consecuencias del cuerpo extraño, reaccionó muy favorablemente.

La agudeza visual que era de P. P. L., remontó a 20/70, la hiperemia conjuntival y la fotofobia desaparecieron, el fondo es fácilmente visible y el ojo entró en reposo absoluto.

El estudio con la lámpara de hendidura mostró lo siguiente:

Córnea: Leucoma pequeño situado ligeramente por encima de su parte media, frente a la porción superior del campo pupilar. Siderosis en este sitio. Nubéculas diseminadas, correspondientes a antiguos fragmentos metálicos extraídos.

Iris: Sinequia posterior hacia las 11; hay buena contracción a la luz en sus porciones libres; la pupila es piriforme, de gran extremidad infero-interna.

Cristalino: Normal en su porción interna y parte de la central. Sobre el reborde pupilar externo, partiendo del sitio en donde se encuentra la sinequia, se ve sobre las capas anteriores de la lente, una opacidad en banda, que se extiende unos 3 mm. hacia abajo y se irradia ligeramente hacia el centro.

La tensión ocular es normal, lo mismo que el fondo de ojo.

El segundo caso corresponde también a un herrero de los FF. CC. Nacionales, igualmente de 49 años, a quien le penetró en el O. I. un fragmento de martillo. La radiografía comprobó la presencia de un cuerpo extraño metálico endo-ocular.

Al examen oftalmológico se encontró sobre la esclera, en la porción temporal y sobre el meridiano horizontal, una herida de 5 mm. de longitud, de bordes netos, situada a 6 mm. del limbo esclerocorneano. Hay hiperemia intensa, la córnea es transparente, la cámara anterior muy profunda, el fondo de ojo es invisible y a la iluminación oblicua

se ve de un color verde amarillento. No hay dolor, la tensión ocular está descendida y la agudeza visual es de percepción luminosa.

Se encuentra sometido a tratamiento con penicilina y atropina local.

Se lleva al electro-imán y previa anestesia y aquinesia practicadas como de costumbre, se logra extraer con el menor traumatismo por la parte más externa de la herida un fragmento de acero, de forma piramidal de 4 mm. de alto, 3 de ancho y 3 de espesor en su base. Presenta aristas cortantes.

Se sutura la esclera, se hace un recubrimiento conjuntival de la herida y se aplica atropina y penicilina.

Diez días después es visto de nuevo. La herida ha cicatrizado; la agudeza visual ha remontado extraordinariamente pues de percepción luminosa que tenía, ha subido a 20/300. La tensión ocular es perfectamente normal. El fondo de ojo se puede apreciar fácilmente pero sin precisar detalles. El cristalino es transparente.

Los resultados favorables obtenidos en estos dos casos, se deben en primer lugar a la precocidad de la intervención, a los sitios de localización de los cuerpos extraños y a la medicación preoperatoria. Si bien en el segundo caso podía comprobarse una herida del ciliar, ésta se encontraba en las vecindades de la ora serrata, fuera ya de los procesos ciliares, razón por la cual creó evolución en buena forma.

En todo caso, es la ocasión de ver cuánto peligro puede evitarse usando las lentes protectoras, todos aquellos individuos que por razón de su oficio puedan correr estas gravísimas contingencias.

Alfonso Tribín Piedrahita
Jefe de Clínica Oftalmológica