

ABSCESO CORNEAL

Autora: Fabio G. Terragni

CLÍNICA

- Descartar compromiso multisistémico
- Anamnesis (investigar mecanismo de acción)
- Evaluar globo ocular y anexos:
 - Primero evaluar integridad del globo ocular. Luego se debe realizar examen oftalmológico completo (AV, MOE, BMC, PIO, FO)
 - Determinar profundidad de laceración. La presencia de grasa nos indica que la herida ha sido profunda, debido a que se ha comprometido el septum orbitario y, por lo tanto, debemos seguir explorando en profundidad. Esto también implica un mayor riesgo de hemorragia o de infección orbitaria.
 - Descartar afección del músculo elevador de párpado superior (EPS).
 - Cuando el párpado sufre una lesión por arrancamiento, el desgarro del tejido se produce en la zona que ofrece menor resistencia, que en este caso se encuentra en el tercio medio del canalículo inferior. Se debe explorar vía lagrimal mediante sondaje en todos los casos. En niños puede requerir evaluación bajo anestesia. La evaluación se realiza con una sonda de Bowman que se coloca a través del punto lagrimal y se dirige hacia el canalículo.
- Documentar: tomar fotografías de los pacientes para documentar la gravedad de la lesión y evaluar los resultados luego de la reconstrucción palpebral. Sirve también como documento médico legal.
- Estudios complementarios:
 - TC de órbitas ante sospecha CEIO, rotura de globo ocular, traumatismo contuso grave
 - RMN (contraindicado en CEIO metálico)
 - ECO (no realizar en globos perforados)

1ro Descartar
compromiso
del GLOBO OCULAR

2do Evaluación TEJIDOS
BLANDOS

- Localización
- Extensión
- Profundidad

3ro Evaluación VÍA
LAGRIMAL

IMAGEN 1: Evaluación de traumatismo palpebral.

⇒ **Descartar siempre daño del globo ocular con evaluación completa y fondo de ojos.**

⇒ **30% traumas oculares: compromiso de Vía Lagrimal.**



IMAGEN 2: Trauma palpebral con compromiso del borde libre y de la vía lagrimal.

Reparación palpebral



IMAGEN 3: Instrumental necesario para reparación palpebral.

Reparación palpebral



IMAGEN 4: Tipo de lesiones palpebrales

TRATAMIENTO

En primer momento, se debe irrigar de manera profusa con solución salina y lavar con iodopovidona al 10% para minimizar riesgo de infección y eliminar cuerpos extraños. Posteriormente debemos evaluar compromiso del borde libre palpebral.

- ⇒ **Reparar antes de las 72 hs preferentemente.**
- ⇒ **Evitar cierre por segunda.**

- ⇒ **En este tipo de pacientes se debe prescribir antibióticos de amplio espectro profilácticos (cefalosporina de primera generación durante 7 días).**
- ⇒ **Antitetánica**
- ⇒ **Profilaxis antirrábica (en mordeduras de perro)**

Sin compromiso del borde libre

- Colocar anestesia local (xilocaína al 2% con epinefrina).
- Cauterizar vasos sangrantes.
- Aproximar los bordes del músculo orbicular con una sutura reabsorbible 6/0.

Con compromiso del borde libre

- Colocar anestesia local (xilocaína al 2% con epinefrina).
- Cauterizar vasos sangrantes.
- Desbridar los tejidos desvitalizados de ser necesario (desbridar la menor cantidad de tejido posible).
- Reaproximar ambos extremos del párpado colocando una sutura colchonero vertical en el margen del párpado a nivel de la línea gris con Vicryl o Seda 6/0. IMAGEN 5
- Realinear tarso con puntos sueltos Vicryl 5/0-6/0 (no realinearlos puede generar una escotadura). Los puntos deben ser de espesor parcial. IMAGEN 6

- Suturar margen con otra sutura adicional de Vycril o Seda 6/0. IMAGEN 7
- Suturar piel con Nylon 6/0.
- Comprobar que quede levemente hiper corregido ya que en el proceso de cicatrización suele producirse retracción.



IMAGEN 5

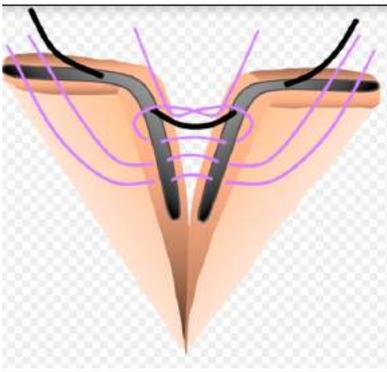


IMAGEN 6

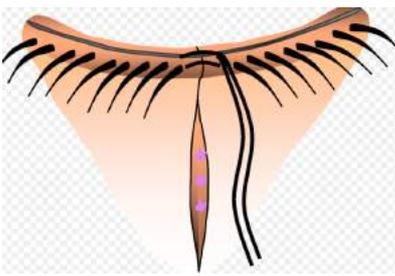


IMAGEN 7. Nótese la hipercorrección del borde libre para evitar futuras retracciones y escotaduras.

BIBLOGRAFÍA

Manual de Oftalmología del Wills eye institute- 6 edición

Murchison, A. P., & Bilyk, J. R. (2014). Pediatric Canalicular Lacerations : Epidemiology and Variables Affecting Repair Success. <http://doi.org/10.3928/01913913-20140604-05>

Smith and Nesí's Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery. Third Edition Evan H. Black