



INFORME 9

CUERPOS EXTRAÑOS EN CÓRNEA

Los cuerpos extraños corneanos suelen causar afección unilateral de inicio agudo con blefarospasmo marcado y secreción seromucoides. La queratitis ulcerativa y las laceraciones corneanas producen signos clínicos similares, por lo cual se debe realizar un examen minucioso. Si bien el dolor ocular agudo e intenso es típico, sorprende hallar algunos pacientes cómodos y tranquilos, en especial si el epitelio corneano ha cicatrizado sobre el defecto penetrante. Otros signos clínicos comprenden quemosis, hiperemia conjuntival, humor acuoso coagulado sobre la superficie ocular, ulceración corneana, uveítis anterior, hemorragia intraocular y cambio del aspecto de las estructuras intraoculares.

Manejo

- Los cuerpos extraños corneanos planos, como copos de pintura o trozos de metal, material vegetal (cortezas, hojas, pasto, etc.) pueden asentar en una depresión del epitelio corneano y por ello el movimiento normal de los párpados no los desaloja. La presencia de materiales vegetales suele provocar respuesta vascular corneana marcada. En general, estos cuerpos extraños se pueden retirar bajo anestesia tópica e instilando solución salina para irrigar o lavar el cuerpo extraño de la superficie corneana. También se puede utilizar un aplicador con punta de algodón humedecida, una varilla de celulosa o pinzas oftálmicas delgadas para elevar el borde del cuerpo extraño. El examen citológico, el cultivo y el antibiograma del material vegetal extraído pueden ser de utilidad porque estos cuerpos extraños suelen producir infecciones bacterianas o micóticas secundarias.
- Los cuerpos extraños intracorneanos o aquellos que han penetrado la cámara anterior se deben extraer bajo anestesia general. La observación de una "nube" de fibrina sobre el endotelio adyacente a la penetración corneana indica que la punta del cuerpo extraño, en general una espina, ha penetrado el espesor corneano completo y ha ingresado a la cámara anterior. La córnea que rodea al cuerpo extraño primero se debe socavar con cuidado y en forma delicada para exponer una porción suficiente y así facilitar la extracción. Se puede utilizar una varilla de celulosa, una hoja de Beaver Nº 65 o una aguja calibre 25. Todos estos casos requieren magnificación e iluminación. Si el cuerpo extraño está embebido en toda su longitud dentro del estroma corneano se puede realizar una incisión con escalpelo sobre el eje longitudinal del objeto para exponerlo. Aunque es muy tentador, no deben utilizarse pinzas para asir el cuerpo extraño porque la acción de cierre de la pinza puede empujarlo en forma inadvertida dentro de la cámara anterior. La punta de un cuerpo extraño saliente o la porción que se tornó accesible luego del socavamiento, se puede inmovilizar sujetándola con una o preferiblemente dos agujas calibre 25 colocadas en un ángulo de 90 grados con respecto al cuerpo extraño. El cuerpo extraño se extrae traccionándolo en dirección inversa a su línea de entrada. Una pequeña cantidad de humor acuoso puede escapar desde el orificio de entrada si el cuerpo extraño penetró la cámara anterior. Las heridas pequeñas se sellan por debajo de un vendaje con una lente de contacto blanda mientras que las más grandes requieren reparación directa de la córnea con material de sutura 8/0-10/0 o en algunos casos, colocando un injerto conjuntival pediculado pequeño.
- Algunos cuerpos extraños alojados en la cámara anterior o los que han penetrado el iris se pueden extraer de manera más fácil mediante una incisión en el limbo, alejada del sitio de penetración. Para facilitar el procedimiento, se puede inyectar un material viscoelástico (que más tarde se retirará) en la cámara anterior. El cuerpo extraño se debe manipular con pinzas oculares delgadas. La herida creada en el limbo se debe suturar con puntos



interrumpidos simples de material absorbible 8/0-9/0. La herida penetrante de la córnea puede o no requerir sutura. La sangre y la fibrina presentes en la cámara anterior se pueden irrigar con solución salina equilibrada o solución de Ringer lactato, si es necesario.

- Es conveniente dilatar la pupila con un midriático de acción corta como tropicamida al 1% durante la extracción de un cuerpo extraño, ya que esto mejora su visualización cuando es iluminado o retroiluminado contra un reflejo tapetal brillante. También se puede utilizar atropina, en especial en pacientes con uveítis secundaria.
- El manejo de cuerpos extraños que han penetrado el cristalino es más difícil. La liberación de proteínas del cristalino tras la penetración de la cápsula lenticular anterior puede causar uveítis facoclástica grave; de otra manera, el defecto capsular del cristalino puede sellarse y dejar una catarata traumática focal con inflamación intraocular escasa o ausente. Los cuerpos extraños también pueden inducir la formación de un absceso dentro del cristalino. El manejo de un absceso consiste en tratamiento médico intensivo para controlar la inflamación y lentectomía mediante facoemulsificación, que requiere consultar con un especialista.
- El tratamiento médico posoperatorio tras la extracción de cuerpos extraños superficiales que no penetraron la cámara anterior consiste en la aplicación de gotas o un ungüento tópico con antibióticos de amplio espectro y un midriático/ciclopléjico como atropina al 1%, así como antiinflamatorios sistémicos para controlar la uveítis secundaria.
- En casos con compromiso intraocular, se debe agregar antibioticoterapia sistémica de amplio espectro al tratamiento anterior; las gotas oftálmicas son más adecuadas que los ungüentos.

* * *

Bibliografía:

K.C. Barnett, J. Sansom & C. Heinrich, "Oftalmología Canina".