

# Una mirada impactada: Reporte de caso

## Autores:

Dra. M. Fernanda González Ghione, Dra. Brigitte Guarín Ortiz, Dra. Agostina E. Regnasco,  
Dr. Ezequiel O. Regnasco

Contacto: [mfgghione@gmail.com](mailto:mfgghione@gmail.com)

Recibido: 17/3/2025

Aceptado: 24/3/2025

Disponible en [www.sao.org.ar](http://www.sao.org.ar)

Arch. Argent. Oftalmol. 2025; 28: 25-31



## Resumen

Se presenta un caso de catarata traumática causada por un cuerpo extraño intraocular en un paciente masculino joven. Este acudió a consulta por disminución visual monocular progresiva.

Con el desarrollo del siguiente caso se busca destacar la evaluación integral de la salud del paciente, la localización exacta del cuerpo extraño que generó la opacidad, la integridad de estructuras oculares y posibilidad de recuperar visión; así como la importancia de la prevención de accidentes oculares y de los cuidados inmediatos a tener con los mismos.

*With the development of the following case report it is aimed to highlight the utter evaluation of the patient's health, the precise location of the foreign body generating the opacity, the soundness of the ocular structures and the prospect of vision recovery; as well as the importance of preventing ocular accidents and immediate cares in such events.*

**Palabras clave:** catarata traumática, cuerpo extraño intraocular, radialización, leucoma corneal, inestabilidad capsular.

**Keywords:** *traumatic cataract, intraocular foreign body, radialization, corneal leukoma, capsular instability.*

## Abstract

*A case of traumatic cataract caused by an intraocular foreign body in a young man is presented. The patient attended referring monocular progressive vision loss.*

## Introducción

La catarata traumática puede ser consecuencia de contacto con químicos, electricidad, o bien, por accidentes contusos o penetrantes con cuerpos extraños, en su mayoría metálicos. Es una de las

principales causas de disminución de visión monocular en pacientes jóvenes (1-3).

La clínica típica de la catarata traumática se caracteriza por la disminución de agudeza visual monocular de manera gradual, pudiendo ser de días a meses, con o sin dolor.

El tipo de catarata producida depende del tipo de traumatismo, la dinámica y el tiempo transcurrido desde aquel. Esto determinará el abordaje quirúrgico para su extracción (2-7).

El tratamiento quirúrgico en pacientes jóvenes con cataratas traumáticas suele ser más complejo de llevar a cabo que en pacientes con catarata senil, debido a factores de riesgo asociados como la radialización de la capsulorrexis, sinequias preexistentes por el traumatismo, daño en la zónula, posible luxación de cristalino, entre otros (4-5-6).

Es imperioso realizar una exhaustiva evaluación del ojo afectado para distinguir los factores de riesgo y evitar complicaciones (8-9).

### Caso clínico

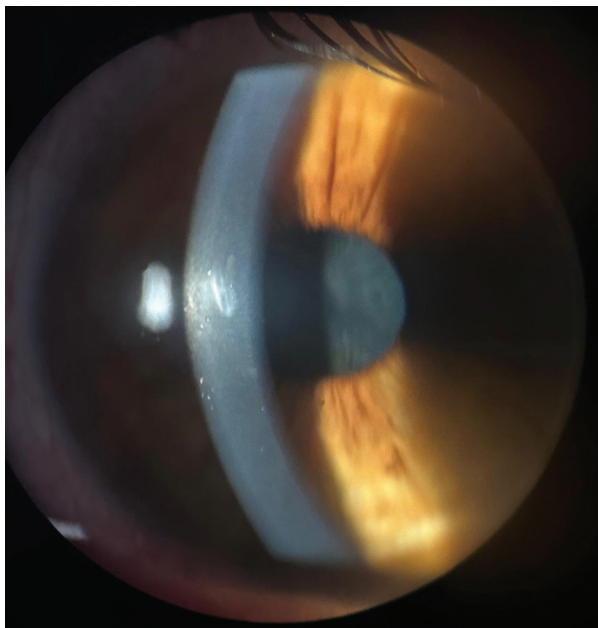
Paciente de sexo masculino de 23 años de edad, caucásico, oriundo de Entre Ríos, Argentina, consulta en la Clínica de Ojos Escobar por severa disminución de la agudeza visual del ojo izquierdo.

A la anamnesis, el paciente no presenta antecedentes patológicos personales ni familiares de relevancia, pero sí refiere uso crónico y prolongado de lentes de contacto como antecedente ocular relevante. Señala su uso por sobre 12 horas diarias desde hace más de 5 años.

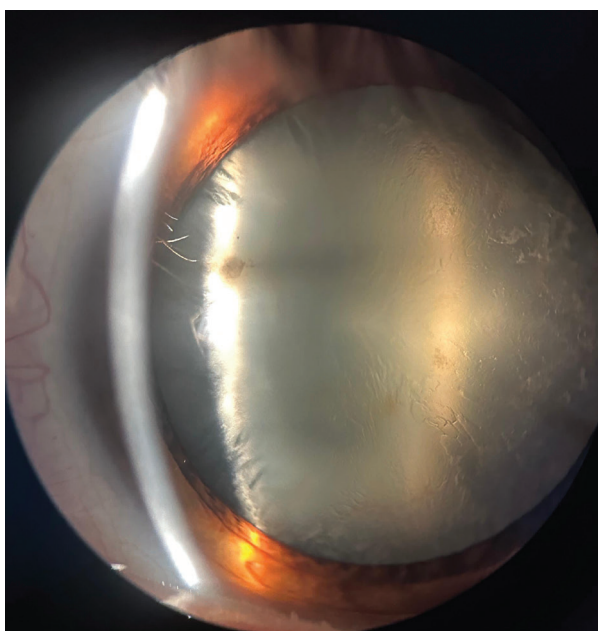
Al examen oftalmológico manifiesta una agudeza visual de 20/25 en el ojo derecho con lente de contacto descartable colocada. En contraste, con el ojo izquierdo solo logra 20/400 como agudeza visual mejor corregida.

Se examina al paciente con lámpara de hendidura, observando en el ojo izquierdo (OI) una córnea clara, la cual no tiñe ante la instilación de fluoresceína, y demuestra un leucoma lineal que compromete todas sus capas (*Figura 1*), junto a vascularización corneal por utilización crónica de lentes de contacto.

El reflejo pupilar se evidencia presente, la cámara anterior formada y libre (sin signos de tyndall ni flare). El cristalino presenta una opacidad significa-



*Figura 1: Leucoma corneal de epitelio a endotelio del OI.*



*Figura 2: Imagen de lesión nasal superior con óxido del OI.*

tiva de +++. No se visualiza ningún cuerpo extraño durante la biomicroscopía. El ojo derecho no presenta alteraciones.

Se realiza gonioscopía en el ojo afectado, visualizando la banda del cuerpo ciliar en 360°, sin sinequias ni cuerpos extraños. A su vez, la presión

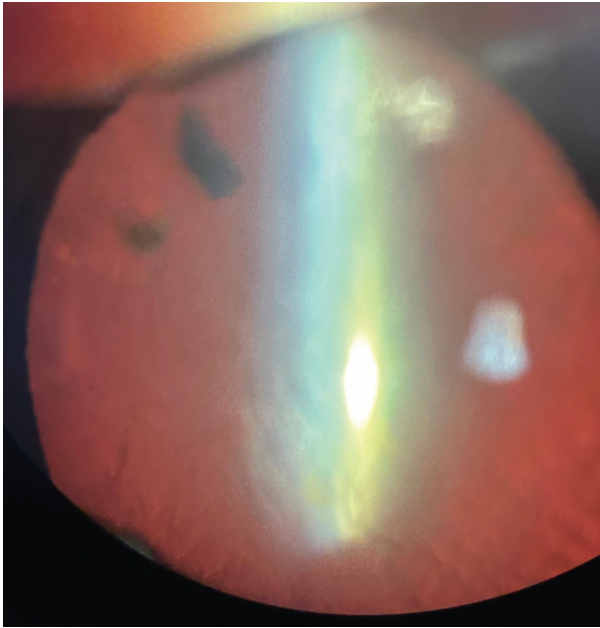


Figura 3: Sitio de entrada de cuerpo extraño en cristalino y el mismo alojado en el estroma cristalino.

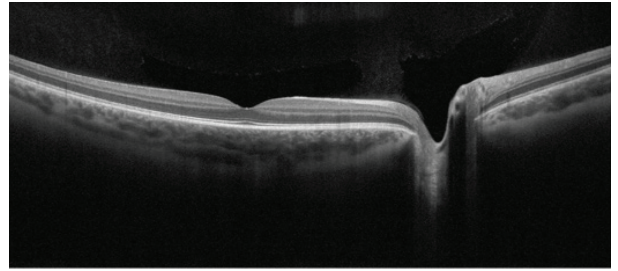
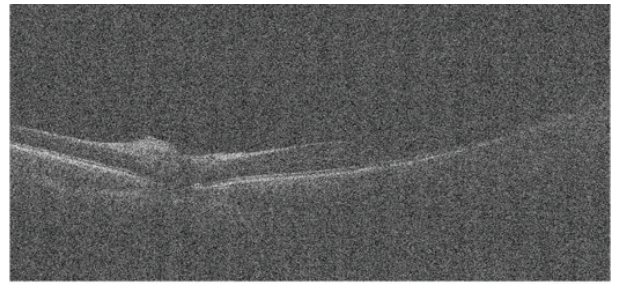


Figura 4: OCT Macular de ambos ojos.



intraocular se encuentra dentro de los límites normales (OI 10 mmHg).

Al fondo de ojos no se logra visualizar polo posterior del OI por opacidad de medios. Con la pupila dilatada, se observa en la porción nasal superior del cristalino una lesión redondeada, con bordes amarronados compatible con un cuerpo extraño metálico oxidado (Figura 2). Con el reflejo rojo se hace evidente el sitio de entrada en el cristalino y la posición actual del cuerpo extraño intraestromal (Figura 3).

Al explicarle el cuadro al paciente manifiesta que 2 años atrás trabajó en su taller con una amoladora sin protección ocular y sintió una molestia en el ojo izquierdo, pero no lo había asociado al cuadro de disminución de agudeza visual actual.

Se realiza Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) Macular con resultados inconclusos por la opacidad de medios del ojo izquierdo, pero no aparenta haber afección (Figura 4).

Debido a la imposibilidad de examinación directa y mediante OCT del segmento posterior del ojo izquierdo, se procede a realizar una ecografía ocular para determinar si otras estructuras están afectadas por el cuerpo extraño. La misma demuestra la cavidad vítrea libre, con la retina ecográficamente aplicada e hiperecogenicidad localizada en la porción superior del cristalino, correspondiente con el



Figura 5: Ecografía de OI

cuerpo extraño observado y descrito previamente (Figura 5).

Evaluando en conjunto la clínica y los resultados de los estudios realizados, se le indica al paciente la cirugía de cataratas del OI. El paciente comprende y acuerda, por lo que se le solicitan los estudios prequirúrgicos correspondientes.

Se contempla, en conjunto con el paciente y su familia, la elección de una lente intraocular (LIO)



Figura 6: Catarata previo a instilar azul Tripán



Figura 7: Catarata con azul Tripán

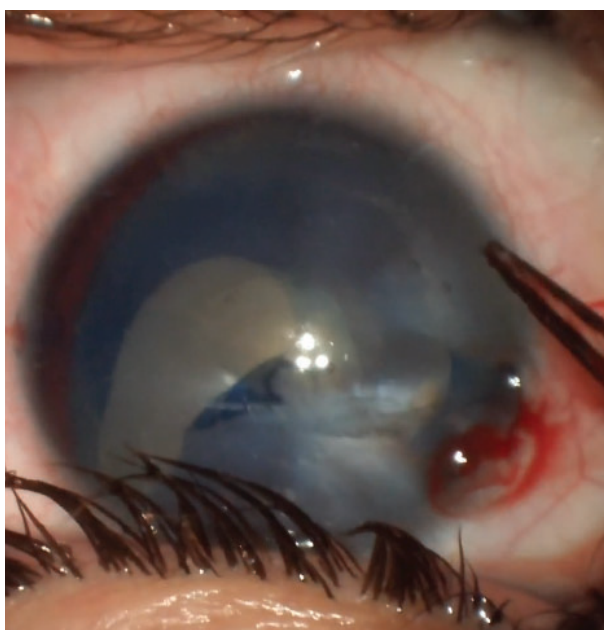


Figura 8: Primera radialización espontánea de capsulorrexis.



Figura 9: Segunda radialización espontánea de capsulorrexis.

de rango extendido tórica para corregir el astigmatismo que presenta en el OI y mejorar la agudeza visual posquirúrgica. A su vez, se discuten las posibles complicaciones intraoperatorias debido al desconocimiento del estado de las estructuras intraoculares con el cuerpo extraño impactado.

A las dos semanas se realiza la intervención quirúrgica, donde se inyecta en un primer momento azul tripán por la falta de reflejo rojo, comprobándose la solución de continuidad presente en la cápsula anterior en la zona de impacto del cuerpo extraño (Figura 6) (Figura 7). A pesar del uso profiláctico de hialuronato de sodio al 3% (viscoelástico) a pre-

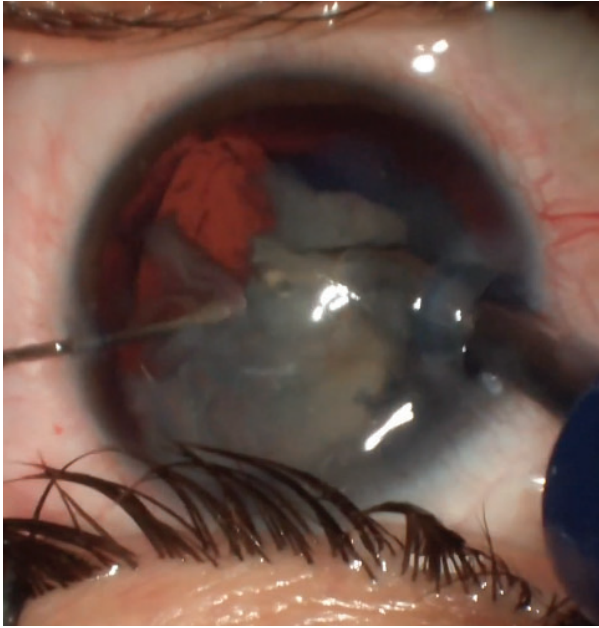


Figura 10: Aspiración de catarata y posterior retoque de rexis.

sión, al comenzar la capsulorhexis se produce su radialización (Figura 8).

Cabe aclarar que, dada la característica fibrosa y no líquida de la catarata, no se intentó una blanco-punción ya que esta característica la hubiera rendido inefectiva.

Al realizar un pequeño corte de la cápsula utilizando microtijeras, la capsulorhexis vuelve a radializarse espontáneamente (Figura 9). Por lo tanto, se decide proceder con la técnica de “abrelatas” para liberar las tensiones, luego aspirar la catarata con la pieza de mano de irrigación/aspiración y retocar la rexis con microtijeras y micropinzas (Figura 10).

Se extrae un cuerpo extraño metálico de 1.5 mm de largo y se coloca una LIO de cámara posterior de acrílico hidrofóbico flexible de 3 piezas en sulcus por inestabilidad de la cápsula para contener las hápticas (Figura 11).

A las 24 horas postoperatorias el paciente presenta heridas sin signos de infección, pupila isocórica y reactiva. Se observa tyndall de 0.5+, sin signo de flare. No se observa seidel espontáneo ni provocado. La PIO se mide en 14 mmHg. A las 72 horas postoperatorias, persisten los mismos hallazgos con una PIO de 12 mmHg y reducción de tyndall a solo restos de aquel.

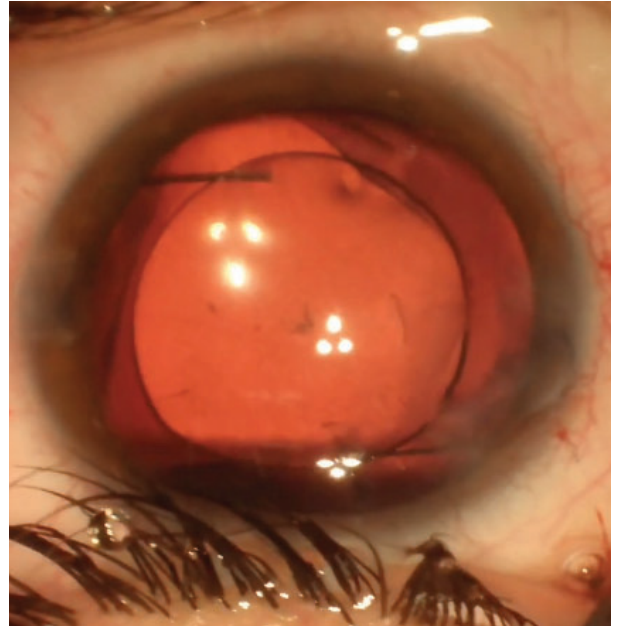


Figura 11: Lente intraocular de 3 piezas en sulcus.

## Discusión

La catarata traumática es una causa frecuente de gran disminución de agudeza visual en pacientes jóvenes del sexo masculino que evoluciona en días a meses.

En el caso descrito se presentó una catarata traumática del OI, con evolución en años y disminución de la agudeza visual significativa para el paciente. Este tipo de catarata tiene un abordaje más complejo y cuidadoso por parte del cirujano ya que suele presentarse con mayor riesgo de complicaciones que una catarata senil quirúrgica (radialización espontánea en la capsulorhexis, entre otras).

El paciente manifestó una catarata intumesciente en la que no fue posible realizar la Blanco-punción en orden de evitar un desgarro de la capsulorhexis, ya que no presentaba contenido líquido que permitiera igualar la presión intracapsular con la de la cámara anterior. Dentro de las demás complicaciones que podrían haberse esperado en una cirugía de este carácter son la luxación del cristalino, ruptura de cápsula posterior, iridodiálisis, daño de la zónula, humor vítreo en cámara anterior, entre otras.

La prevención en la salud tiene un papel importante en estas patologías, como también el informar

los distintos signos de alarma y de cuidado ante estos eventos.

Es esencial evaluar el estado general del paciente y se valorará, a través del examen en lámpara de hendidura y estudios complementarios, la condición del globo ocular. A su vez, se determinará si es posible la conservación del globo ocular y de su función, siempre poniendo como prioridad la salud del paciente.

Es de extrema importancia realizar un examen exhaustivo para determinar la gravedad del cuadro, de este modo podremos estimar posibles complicaciones que puedan surgir e identificar si se dispone de tiempo para programar o si se debe efectuar con la mayor celeridad posible la intervención quirúrgica pertinente. Paralelamente, si lo amerita, se podrá considerar la posibilidad de realizar la elección de una LIO de mejores prestaciones ópticas.

En los pacientes con traumatismos perforantes del cristalino puede producirse glaucoma por partículas del cristalino, donde se acumulan estas en el trabeculado en cuestión de días a semanas del trauma, generando aumento de la presión intraocular. Puede sospecharse mediante el antecedente de un traumatismo y del hallazgo de material cristalino depositado en el ángulo iridocorneal a través de gonioscopia. Por otro lado, puede generarse glaucoma asociado a la luxación del cristalino si esto toma lugar posterior al trauma.

La intervención quirúrgica en estos casos es de mayor complejidad que las cirugías habituales por cataratas seniles. Dentro de las eventualidades que pueden surgir, cabe mencionar: iridodiolisis, lo que implica resolverla en conjunto o posterior a la facoemulsificación; luxación del cristalino o daño en la zónula, lo que puede implicar la presencia de humor vítreo en la cámara anterior favoreciendo la inflamación, por lo tanto, aumentaría el riesgo de padecer glaucoma de manera concomitante; la presencia de midriasis parálitica por afectación del esfínter o raíz del iris, entre tantas otras complicaciones asociadas.

## Conclusión

Las cataratas traumáticas implican cuadros complejos en relación con su prevención, diagnóstico y manejo, como lo descrito en este caso.

Las medidas preventivas, como el uso de máscaras o gafas protectoras, a pesar de ser soluciones simples, no siempre son adoptadas por los pacientes. Es imperioso recalcar su importancia, como la educación del paciente en relación con los signos de alarma y cuidados ante eventos traumáticos.

El diagnóstico requiere de una evaluación exhaustiva del paciente, descartando la presencia de cuerpos extraños en todas las estructuras oculares si existe la sospecha. Nótese que, en este caso, antes de dilatar la pupila del paciente, el cuerpo extraño no era visible.

Por último, el abordaje quirúrgico de estos cuadros requiere una discusión a fondo con el paciente sobre las posibles complicaciones y plan quirúrgico adecuado para lograr los mejores resultados. Las complicaciones son altamente probables, por lo que estar preparado para afrontarlas con las herramientas correctas en quirófano es esencial. En este caso, el uso de una lente de tres piezas en vez de un lente monopieza permitió evitar complicaciones consecuentes a la inestabilidad de la cápsula para contener las hápticas.

Cada caso de trauma con catarata consecuente debe ser exhaustivamente estudiado y las intervenciones a realizar deben ser planeadas cuidadosamente para obtener resultados deseables.

**Los autores no tienen intereses comerciales en ningún material de los presentados en este artículo.**

## BIBLIOGRAFÍA

1. Okoye GS, Gurnani B. "Traumatic Cataract". [Actualizado 27 de agosto 2023]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK594251/>.
2. Căciulă, D., Gavriș, M., & Tămășoi, I. (2017). "Penetrating corneal wound with traumatic cataract and intraocular foreign body-case report". Romanian journal of ophthalmology, 61(1), 54-59. <https://doi.org/10.22336/rjo.201710>.
3. Degefa, H. G., Admasu, F., Mulugeta, W., & Tekletsadik, E. A. (2024). "Visual outcome of penetrating ocular trauma among patients visiting University of Gondar comprehensive specialized hospital". Scientific reports, 14(1), 19307. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-68488-3>.
4. Rodríguez Alonso, Yamirka, Peña Sisto, Liliana A, Irragorri Dorado, César Antonio, Martínez Montoya, Yudit, Cabrera Naranjo, María Gisela, & Cárdenas Díaz, Taimi. (2011). "Results of the surgical treatment of the trauma cataract". Revista

Cubana de Oftalmología, 24(2), 248-259. Recuperado en 24 de enero de 2025, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21762011000200005&lng=es&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762011000200005&lng=es&tlng=en).

5. Ramos Pereira Yanay, Hernández Silva Juan Raúl, Rodríguez Suárez Belkys, Gutiérrez Castillo Marietta, Miranda Hernández Iramis, Barroso Lorenzo Raúl. Utilidad del puntaje del trauma ocular como herramienta de pronóstico visual en la cirugía de catarata traumática. Rev Cubana Oftalmol [Internet]. 2018 Jun [citado 2025 Ene 25]; 31(2): 1-10. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21762018000200004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762018000200004&lng=es).

6. Aragonés Cruz Belmary. Results of the surgical treatment of traumatic cataract. Rev Cubana Oftalmol [Internet]. 2007 Dic [citado 2025 Ene 25]; 20(2): . Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21762007000200005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762007000200005&lng=es).

[d=S0864-21762007000200005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762007000200005&lng=es).

7. Rodríguez Alonso Yamirka, Peña Sisto Liliana A, Irrragorri Dorado César Antonio, Martínez Montoya Yudit, Cabrera Naranjo María Gisela, Cárdenas Díaz Taimi. Results of the surgical treatment of the trauma cataract. Rev Cubana Oftalmol [Internet]. 2011 Dic [citado 2025 Ene 25]; 24(2): 248-259. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21762011000200005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762011000200005&lng=es).

8. Montero DE, Cuan AY, Cárdenas DT, et al. Iridodiálisis y catarata como resultado de un trauma ocular. Rev Cub Oftal. 2019;32(2):1-11.

9. Blanco A, et al. Blancopunción: una técnica simple para prevenir el desgarro de la cápsula anterior durante la capsulorhexis en cataratas blancas intumescientes. Arch Soc Esp Oftalmol. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.oftal.2020.07.025>.