

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUANTANAMO

**COMPORTAMIENTO DEL HIPEMA EN LA
PROVINCIA DE GUANTANAMO. ESTUDIO
DE UN AÑO.**

*Dra. Beatriz Pun García**, *Dra. Niurka Labañino Romero**, *Dra. Mayda Armas López**.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo en un universo constituido por 91 pacientes atendidos con el diagnóstico de hipema en los servicios de oftalmología de los hospitales de la provincia de Guantánamo, durante el período de tiempo comprendido desde abril de 1997 hasta marzo de 1998, con el objetivo de caracterizar algunos aspectos clínicos de esta enfermedad. Predominaron los pacientes del sexo masculino y las edades comprendidas entre los 6 y 30 años. Fue más frecuente el hipema por traumatismos oculares, y su mayor número se observó en las edades infantiles. El hipema no traumático o espontáneo se encontró asociado en el 100 % de los pacientes con antecedentes oculares y generales de importancia oftalmológica y en la edad adulta. Predominaron los hipemas parciales y fue común ver asociados los hipemas traumáticos con otras lesiones del globo ocular. Las complicaciones observadas, por orden de frecuencia, fueron: hipertensión ocular, hemosiderosis y resangrado. El tratamiento higiénico-dietético y medicamentoso fue el más utilizado y el que mejores resultados aportó. La mayoría de los pacientes obtuvo una mejor agudeza visual al egreso que al ingreso.

Palabras clave: HIPEMA/epidemiología; HIPEMA/complicaciones; HIPEMA/terapia.

* *Especialista de I Grado en Oftalmología. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto", Guantánamo.*

INTRODUCCION

A través del órgano de la visión llega el 80 % de las percepciones del medio exterior. Cualquier afección del globo ocular reviste una importancia extrema, puesto que crea en el paciente un grado de inquietud que logra romper su equilibrio de salud anterior.^{1,2}

Entre las múltiples enfermedades del ojo, se halla, en particular, el hipema, el cual puede considerarse un signo clínico o una entidad propia.

Es un signo clínico cuando aparece a causa de una enfermedad sistémica, y es una entidad propia cuando la causa es traumática. El hipema puede ser total o parcial, acorde con el volumen que ocupe en la cámara anterior.³⁻⁵

La causa más frecuente es el trauma contuso, pero también puede ocurrir como resultado de un trauma ocular penetrante.^{1,3,6}

En menor número de casos se ha visto asociado a enfermedades sistémicas, como discrasias sanguíneas, diabetes mellitus, lupus eritematoso sistémico, entre otras. Su evolución y pronóstico es habitualmente favorable en los hipemas traumáticos, no así en los de causa secundaria, pues los resangramientos son frecuentes; esto, a su vez, favorece la aparición de otras complicaciones como el bloqueo de los canales de drenaje y, por tanto, hipertensión ocular secundaria, así como la impregnación de la hemosiderina en el endotelio corneal.^{3,5,6}

En nuestro país, los mayores esfuerzos se dirigen a lograr el bienestar de cada uno de sus miembros, de ahí que la salud del hombre se convierta en parte inseparable de estos esfuerzos. Este estudio se suma a esta gran tarea.

METODO

Se realizó un estudio descriptivo en los servicios de oftalmología de los hospitales General Docente "Dr. Agostinho Neto", Pediátrico "Pedro Agustín Pérez" del municipio de Guantánamo y el general "Octavio de la Concepción y de la Pedraja" de Baracoa, durante el período de tiempo comprendido desde abril de 1997 hasta marzo de 1998, ambos inclusive.

El universo de estudio estuvo constituido por 91 pacientes atendidos en estos centros, con el diagnóstico de hipema traumático o espontáneo.

A cada paciente se le realizó examen oftalmológico que incluyó: agudeza visual sin y con corrección óptica, tensión ocular, anexos, segmento anterior, medios refringentes, fondo de ojo, movimientos oculares y reflejos pupilares.

Para el análisis estadístico se empleó el porcentaje como medida de resumen para variables ordinales y nominales. Los datos fueron procesados con el empleo de una computadora marca Acer de última generación, mediante el programa Excel.

DISCUSION

En este estudio, cuyo universo ascendió a 91 pacientes, 48 resultaron ser niños y 43 adultos: 66 pertenecieron al sexo masculino (72.52 %) y 25 al femenino (27.47 %).

En la infancia la mayor incidencia se encontró en el grupo etáreo de 6-14 años, con 31 niños (64.58%); en los adultos, el mayor número lo representaron las edades comprendidas entre 21 y 30 años (37.20 %). Consideramos que ello esté relacionado con la mayor frecuencia de traumatismos en los niños durante el juego, y en los adultos jóvenes, durante su actividad laboral. Estos resultados concuerdan con los obtenidos por Verdaguer y sus colaboradores.

Existió vinculación entre los tipos de hipema y los antecedentes patológicos personales en 10 pacientes (10.98 %), de los cuales 7 presentaron antecedente patológico ocular y 3, general, con 4 de ellos (4.39 %) traumático y 6 (6.59 %) espontáneo.

En los pacientes con glaucoma absoluto, las anormalidades vasculares, como la neovascularización iridiana típica de todo glaucoma crónico justifica el sangramiento espontáneo, así como en pacientes con diabetes mellitus en los que ocurre un glaucoma neovascular; en el trauma ocular antiguo, la presencia de pannus corneal y vasos de neoformación en las estructuras dañadas también explican el sangramiento. Estos fueron los antecedentes encontrados en los pacientes.⁶⁻⁹

El predominio del hipema traumático sobre el espontáneo se muestra en la Tabla 1. Se observa que este predominio alcanzó el 93.4% del total de pacientes vistos. En la infancia el grupo etáreo de 6-14 años aportó el mayor número de casos (65.95 %), lo cual, consideramos, está relacionado por el aumento de la actividad, tanto física como social, que se marca desde el inicio de la edad escolar; esto coincide con el estudio de Martínez y sus colaboradores.¹⁰

En los adultos, la mayor oscilación se encontró en las edades entre los 21-30 años (37.2 %), seguido de los de 15-20, con 23.2%; explicamos estos resultados teniendo en cuenta que es en estas edades cuando se intensifica la actividad laboral y, por tanto, el número de accidentes.^{2,6,11-14}

Existió un total de 13 complicaciones en este universo de estudio; de ellas, 10 (76.9%) lo aportaron los niños y 3 (23 %) los adultos; esto se explica porque la

actividad motora de los niños no permite llevar a cabo un adecuado reposo, que en esta enfermedad debe ser absoluto, por lo que la sangre demora, en ocasiones, más tiempo en reabsorberse.

La complicación más frecuente fue la hipertensión ocular (HTO) con un total de 11 casos (84.6%). Un mismo paciente presentó HTO, resangramiento y hemosiderosis. Estos resultados coinciden con los de la literatura revisada.^{2,6,11,13,15}

Al relacionar la agudeza visual inicial y final tuvimos en cuenta que 5 de los niños no cooperaron a la toma de la AV, por lo que solo este comportamiento se analizó en 80 pacientes.

La mayor parte de los mismos presentó al ingreso una visión menor de 0.1 (55 %) y le siguieron los que la tenían entre 0.8- 0.5 (26.25 %). Al egreso, los resultados fueron satisfactorios, pues de los 80 pacientes, 41 egresaron con la unidad de visión (1.0) que representó el 51.2 %; de ellos, 19 permanecieron con visión menor de 0.1 (23.7 %), mientras el resto osciló entre 0.8-0.1. La principal causa de disminución de la visión de forma irreversible estuvo ocasionado por la presencia de retinopatía traumática.¹⁶

CONCLUSIONES

El hipema traumático resultó el de mayor incidencia, con predominio de las edades infantiles y el sexo masculino.

Los antecedentes patológicos personales tuvieron un importante valor en los hipemas no traumáticos.

Las complicaciones fueron más frecuentes en los niños, con mayor incidencia de hipertensión ocular.

Se obtuvo una mejor agudeza visual al egreso respecto al ingreso, por lo que el pronóstico visual fue satisfactorio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Saint Blancar Morgado G, Jardines Fonseca L, Martínez Ribalta J. Traumatismos oculares. Estudio descriptivo en pacientes ingresados. Rev Cub Oftalmol 1993; 6 (2): 112-118.
2. Peón Saavedra A, Del Río Alvarez J, Durand López D, Hernández Pérez P. Hifema traumático. Estudio de cinco años. Rev Cub Oftalmol 1992; 5 (2): 107-117.

3. Crawford J F, Pashby R. Pediatric Surgery. Chicago: Yearbook Medical Publisher 1979: 216.
4. Allen JH. Manual de las Enfermedades de los Ojos. Edición Revolucionaria. La Habana: Instituto Cubano del Libro, 1979: 313-314.
5. Paton D, Golberg MF. Tratamiento de los Traumatismos Oculares. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1984: 263-276.
6. Gotts JD. Hyphema: Diagnosis and Management. Retina 1990; 10 (1S): S65-S71.
7. Amoni SS. El hifema Traumático en Caduna, Nigeria. British Journal of Ophthalmology 1981; 65: 439-444.
8. Odufuwa TO, Bolger J. Late hyphema after small incision cataract surgery. Cataract Refract Surg 1994; 20 (3): 342-343.
9. Bachman JA, Conto JE. Postoperative complications of subconjunctival THC-YAG (Holmium) laser sclerostomy. J Am Optom Assoc 1994; 65 (5): 311-47.
10. Martínez Quintana S, Cabrera Salcedo E, Rodríguez Pupo A, Oliveros González ME. Contusión ocular en el niño asociado con hifema. Estudio de 200 pacientes. Rev Cub Oftalmol 1988; 1(3):44-51.
11. Kaimbo D K, Muleva J Y, Lubeji D K. Hiphema traumatique par contusion au Zaire & Fr Oftalmol 1995; 18(2):114-119.
12. Verdaguer Diaz J I, Bahamondes Carrasco M, Cormejo Cormejo M. Hifema traumático. Estudio epidemiológico. Arch Chil Oftalmol 1989; 46(2):219-225.
13. Iturriaga V H. Traumatismos oculares severos en niños. Experiencia de un año en la asistencia pública de Santiago. Arch Chil Oftalmol 1991, 48(2):13-20.
14. Pikkell Y, Gelfond Y, Miller R. Incidence of sport related eye injuries. Hare Fuad 1995; 129(7/8): 249-250, 294, 295.
15. Matayoshi Carvalho CA. Hifema traumático. Estudio de 30 casos. Rev Brasileira de Oftalmología 1995; 49(2):117-120
16. Moreira Guillén E, Romero Yunaka S E, Martín J C, Cabrera Compte. Hospital General Docente de Morón. Traumatismo ocular en el niño. Repercusión visual. Rev Cub Oftamol 1999; 12 (2): 141-145.

TABLA 1. EDAD Y TIPO DE HIPEMA.

GRUPOS DE EDADES	TIPO DE HIPEMA				TOTAL	
	TRAUMATICO		ESPONTANEO		No	%
	No	%	No	%		
2 años	3	6.38	-	-	3	6.25
3 – 5 años	13	27.65	1	100	14	29.16
6-14 años	31	65.95	-	-	31	64.58
SUBTOTAL	47	97.91	1	2.08	48	57.74
15-20	9	23.68	1	20	10	23.25
21-30	16	42.10	-	-	16	37.02
31-40	8	21.05	-	-	8	18.60
41-50	4	10.52	1	20	5	11.62
50	1	2.63	3	60	4	9.30
SUBTOTAL	38	88.37	5	11.62	43	47.25
TOTAL	85	93.40	6	6.59	91	100

Fuente: Dato primario

TABLA 2. AGUDEZA VISUAL INICIAL Y FINAL

AGUDEZA VISUAL INICIAL	AGUDEZA VISUAL FINAL								TOTAL	
	1.0		0.8-0.5		0.4-0.1		-0.1		No	%
	No	%	No	%	No	%	No	%		
1.0	2	2.5							2	2.5
0.8-0.5	21	26.25							21	26.25
0.4-0.1	6	7.5	9	11.25	1	1.25			16	20
-0.1	12	15.25	8	10	5	6.25	19	23.75	44	55
TOTAL	41	51.25	17	21.25	6	7.5	19	23.75	80	100

Fuente: Dato primario.