

Úlcera corneal con hipopión en paciente diabético y bronquítico crónico

Carmen González-Velasco^a, Javier Bóveda^b, José Luis Sánchez-Rivas^a y Myriam Alonso^a

^aServicio de Análisis Clínicos. Sección de Microbiología. Hospital de Mérida. Badajoz.

^bServicio de Oftalmología. Hospital de Mérida. Badajoz. España.

Caso clínico

Paciente varón de 77 años, bronquítico crónico en tratamiento y con diabetes mellitus tipo 2. Fue valorado en urgencias por descompensación de su insuficiencia respiratoria crónica y ojo rojo. Refería una úlcera corneal tórpida en ese ojo de un mes de evolución que había estado en tratamiento tópico con ciprofloxacino en colirio y gentamicina (sulfato) junto con retinol palmitato y metionina en pomada, siguiendo una evolución errática.

En la exploración se objetivó en ojo derecho una hiperemia conjuntivo-ciliar, con una úlcera a dos tercios del espesor corneal, paracentral con infiltrados blanquecinos y de bordes poco netos en el seno de la úlcera y adyacentes. Se apreciaba también un pequeño hipopión de 1,5 mm (fig. 1). La ecografía no reveló otro trastorno intraocular. Las determinaciones analíticas realizadas mostraron una descompensación respiratoria, glucemia elevada (273 mg/dl) y un hemograma prácticamente normal con una ligera linfopenia.

El paciente ingresó para control de su insuficiencia respiratoria y de su úlcera corneal con hipopión. Se practicó un raspado corneal para cultivo que fue enviado al laboratorio de microbiología y se administró tratamiento empírico con colirios reforzados de cefazolina y tobramicina. A nivel sistémico se añadió imipenem.

Evolución

Los cultivos del raspado corneal fueron positivos para *Fusarium oxysporum* (fig. 2). Se suspendieron los colirios reforzados y se instauró tratamiento con anfotericina B tópica al 0,15% (1,5 mg/ml) y posteriormente con natamicina al 5%, en un principio en dosis de instilación cada hora, para luego ir descendiendo en función de la respuesta clínica. El paciente también recibió tratamiento oral con itraconazol (200 mg/24 h).

Se produjo una lenta mejoría del cuadro clínico, con progresiva recuperación de transparencia corneal y desaparición rápida de la inflamación intraocular. Los cultivos de raspado corneal realizados a los 15 y 30 días del inicio del

tratamiento fueron negativos. Se suspendió el tratamiento con itraconazol en el plazo de 2 semanas y se prolongó el tratamiento tópico de mantenimiento con natamicina (una instilación/6 h) durante 4 meses.

Sin embargo, 2 meses después del alta se detectó un pequeño Seidel espontáneo en el lecho del defecto corneal, sin pérdida de cámara u otra sintomatología, lo que decidió a la realización de un colgajo conjuntival de deslizamiento, que semanas después se removió, habiendo desaparecido el Seidel.

Un año más tarde un *pannus* profundo protege el defecto corneal, sin producirse otras complicaciones (fig. 3).



Figura 1. Úlcera corneal e hipopión antes del tratamiento.



Figura 2. Examen microscópico de la colonia con azul de lactofenol.

Correspondencia: Dra. C. González-Velasco.
Servicio de Análisis Clínicos. Sección de Microbiología.
Polígono Nueva Ciudad, s/n. 06800 Mérida. Badajoz. España.
Correo electrónico: microbiologia.hmda@hmda.ses.juntaex.es

Manuscrito recibido el 5-10-2004; aceptado el 14-10-2004.

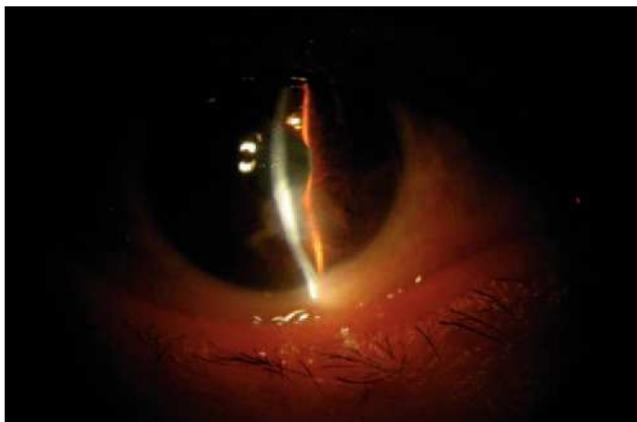


Figura 3. Aspecto de la lesión a los 2 meses de finalizar el tratamiento.

Comentario final

Las queratitis fúngicas son relativamente infrecuentes en climas templados, y son más habituales en áreas de clima tropical, donde predomina el calor y la humedad ambiental y en zonas agrícolas, donde se favorece la presencia ubicua del hongo^{1,2}.

La incidencia de los diferentes hongos en las queratomycosis varía según el área geográfica. Parece más frecuente a nivel mundial la presencia de hongos filamentosos de hifas tabicadas, generalmente *Fusarium* y *Aspergillus*, mientras que se da una mayor presencia de *Candida* en los climas más fríos^{3,4}.

Los traumatismos, a veces mínimos, son un factor de riesgo muy importante⁵, sobre todo si concurre contaminación con material vegetal (la penetración de un hongo a través de un epitelio corneal sano no se considera factible). La inmunosupresión local causada por el uso de corticoides en colirios y en general el deterioro por estados de enfermedad sistémica grave y el uso generalizado de antibió-

ticos, que alteran la flora competitiva, tal y como ocurrió en el caso que se presenta, se invocan como causas de un aumento de las queratitis fúngicas, especialmente de las que ocurren en áreas industrializadas y de climas templados o fríos.

Las queratitis fúngicas, por tanto, tienden a desarrollarse de una forma lentamente progresiva, con cuadros clínicos que van desde leves molestias, con crecimiento epitelial sobre las lesiones corneales, hasta reacciones inflamatorias importantes con la aparición de hipopión o con la invasión del hongo hacia cámara anterior desde el plano de la Descemet⁶.

La apariencia de la ulceración corneal puede ser indistinguible de una de etiología bacteriana, aunque sugieren infección fúngica las lesiones de bordes plumosos o festoneados, los infiltrados grisáceos o blanquecinos y sobreelevados, y la aparición de lesiones satélites³, hallazgos encontrados en nuestro paciente.

El diagnóstico debe basarse en un atento nivel de sospecha⁶, sobre todo atendiendo a los factores de riesgo mencionados y la evolución del cuadro clínico. El laboratorio de microbiología permitirá el diagnóstico definitivo, como en el presente caso, fundamental para realizar un tratamiento correctamente dirigido.

Bibliografía

1. Vijaya D, Sumathi, Malini. Keratomycosis due to *Fusarium oxysporum* – A case report. Indian J Pathol Microbiol. 2001;44:337-8.
2. Hemo I, Pe'er J, Polacheck I. *Fusarium oxysporum* keratitis. Ophthalmologica. 1989;198:3-7.
3. Rosa RH, Miller D, Alfonso EC. The changing spectrum of fungal Keratitis in south Florida. Ophthalmology. 1994;101:1005-13.
4. Naiker S, Odhav B. Mycotic keratitis: profile of *Fusarium* species and their mycotoxins. Mycoses. 2004;47:50-6.
5. Dignani MC, Anaissic E. Human fusariosis. Clin Microbiol Infect. 2004;10 Suppl 1:67-75.
6. Dursun D, Fernández V, Miller D, Alfonso EC. Advanced fusarium keratitis progresing to endophthalmitis. Cornea. 2003;22:300-3.