

Panoftalmitis tras el uso de cocaína tópica en paciente VIH+

Juan Manuel García-Lechuz, Óscar Cuevas, Carol Castellares y Emilio Bouza

Servicio de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas-VIH. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Caso clínico

Mujer de 40 años de edad que acudió al servicio de urgencias por presentar un exudado purulento, proptosis, quemosis y pérdida de visión en el ojo izquierdo desde hace 3 días (fig. 1). Dos meses antes había tenido una infección por herpes zóster facial izquierdo con intenso dolor ocular que ella misma aliviaba utilizando cocaína de forma tópica. La paciente era consumidora de cocaína inhalada y no se conocían datos sobre infección por el VIH hasta ese momento. A la exploración física, nos encontramos con una paciente consciente y orientada, afebril, que presentaba importante deterioro del estado nutricional (caquexia) y amaurosis del ojo izquierdo. Tenía un pulso de 70 lat./min y una presión arterial de 110/60 mmHg. Destacaba una hepatoesplenomegalia extensa y dolorosa. Ante el intenso dolor que presentaba, se realizó de forma urgente un completo examen oftalmológico que reveló múltiples lesiones corneales epiteliales y estromales, quemosis conjuntival y falta completa de percepción de luz en el ojo izquierdo (amaurosis) con edema subyacente e importante destrucción del globo ocular. Asimismo, se solicitó serología urgente de VIH y se tomaron hemocultivos, muestras de raspado corneal y exudados conjuntivales de ambos ojos para cultivo.



Figura 1. Panoftalmitis en ojo izquierdo observado en sala de urgencias. Se observa proptosis, quemosis, edema y enrojecimiento del ojo con necrosis del anillo corneal sugestivos de infección bacteriana.

Evolución y diagnóstico

En la tinción de Gram del raspado corneal se observaron leucocitos polimorfonucleares y cocos grampositivos intracelulares y extracelulares (fig. 2). En dos cultivos del exudado conjuntival purulento se aisló *Streptococcus pyogenes* (penicilina CMI < 0,06 mg/l, eritromicina CMI < 0,5 mg/l) y solamente en uno de ellos se aisló *Streptococcus aureus* (oxacilina CMI < 0,25 mg/l). La paciente se trató inicialmente con vancomicina intravenosa (1 g/12 h) y ceftriaxona (2 g/24 h), vancomicina tópica y colirio de dexametasona sin mejoría significativa. A los 7 días de ingreso la paciente requirió tratamiento quirúrgico con enucleación del globo ocular izquierdo. En el cultivo también se aisló *S. pyogenes*. Los hemocultivos antes y después de la cirugía fueron estériles. Se continuó tratamiento antibiótico con amoxicilina-ácido clavulánico 1 g/8 h intravenoso hasta que la paciente decidió abandonarlo voluntariamente a los 11 días de la cirugía. La paciente solicitó el alta voluntaria y no acudió a las visitas de seguimiento.

La serología de VIH urgente fue positiva y la carga viral, de 7.859 copias/ml, con un recuento de linfocitos T CD4+ de 671 céls./μl. La prueba de ELISA para hepatitis C fue positiva.

Comentario

S. pyogenes es el agente causal de procesos tales como faringitis, adenitis, fiebre reumática, escarlatina y sepsis asociadas con infecciones de tejidos blandos, principalmente en pacientes adictos a drogas por vía parenteral (ADVP)¹. Las infecciones oculares causadas por estreptococos beta hemolíticos son raras y poco descritas en la literatura médica. Mao et al² describen que los casos de endoftalmitis debidos a estreptococos beta hemolíticos varían entre el 8 y el 16,6% de todas las endoftalmitis estreptocócicas. La mayoría de casos son secundarios a cirugía intraocular como complicación infecciosa posoperatoria aguda,

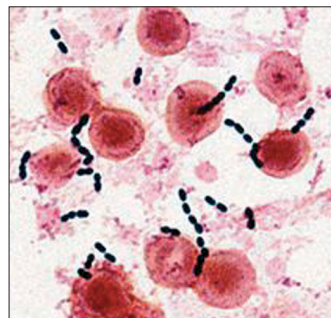


Figura 2. Cocos grampositivos en cadenas y leucocitos polimorfonucleares en un exudado conjuntival (tinción de Gram x1.000).

Correspondencia: Dr. J.M. García-Lechuz.
Servicio de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas-VIH.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
Dr. Esquerdo, 46. 28007 Madrid. España.
Correo electrónico: jgarciale.hgugm@salud.madrid.org

Manuscrito recibido el 13-3-2007; aceptado el 12-7-2007.

subaguda o tardía. Además, los traumatismos pueden favorecer la entrada de flora de la superficie de la conjuntiva en el interior de la cavidad ocular. Asimismo, se pueden producir fistulas o úlceras corneales secundarias a ligeros traumatismos que pueden desembocar en una endoftalmitis en último término. En nuestro caso, la paciente estaba colonizada por *S. aureus* y *S. pyogenes* (como demuestran los cultivos de exudados conjuntivales) y el uso de cocaína tópica facilitó la entrada de este último.

Sigmund Freud fue el primero en utilizar la cocaína tópica como anestésico en el siglo pasado y esto contribuyó a realizar un primer acercamiento a la cirugía de las cataratas³. La absorción sistémica de la cocaína produce una gran variedad de efectos cardiovasculares y del sistema nervioso central, secundarios a la vasoconstricción (euforia, anorexia, midriasis, diaforesis, hipertensión, taquicardia e infarto agudo de miocardio). El uso no controlado de esta droga puede aliviar el dolor pero también puede causar úlceras, hipopón, absceso corneal, vitritis y celulitis orbital (fig. 1)^{2,4}. La evolución de la endoftalmitis producida por *S. pyogenes* depende de las enfermedades de base del paciente, la vascularización local de los tejidos implicados y del tratamiento quirúrgico y farmacológico. La evolución sin tratamiento adecuado en la mayoría de los casos de endoftalmitis estreptocócica postraumática es desastrosa (como lo demuestra nuestro caso). Además, la presencia

del síndrome del *shock* tóxico, una celulitis orbitaria complicada con sepsis o una fascitis necrosante periorbitaria sitúa la tasa de mortalidad por encima del 20% de los casos⁵.

Por todo ello, creemos que *S. pyogenes* debería incluirse en la lista de microorganismos potencialmente causantes de infecciones oculares graves en ADVP. Esta forma de endoftalmitis, al igual que los cuadros de sinusitis fúngica y tumor "fofo" de Pott, debe sospecharse en personas que inhalan cocaína y que deberían estar advertidas de los riesgos que presenta esta práctica. Un diagnóstico adecuado y un tratamiento quirúrgico y antibiótico rápido pueden contribuir a reducir la morbilidad y mortalidad asociada a la endoftalmitis por *S. pyogenes*.

Bibliografía

1. Bisno A, Stevens D. Streptococcal infections of skin and soft tissues. *N Engl J Med*. 1996;334:240-5.
2. Mao LK, Flynn HW, Jr., Miller D, Pflugfelder SC. Endophthalmitis caused by streptococcal species. *Arch Ophthalmol*. 1992;10:798-801.
3. Gay G, Inaba D, Sheppard C, Newmeyer J. Cocaine: history, epidemiology, human pharmacology, and treatment. A perspective on a new debut for an old girl. *Clin Toxicol*. 1975;8:149-78.
4. Ravin J, Ravin L. Blindness due to illicit use of topical cocaine. *Ann Ophthalmol*. 1979;11:863-4.
5. Marshall D, Jordan D, Gilberg S, Harvey J, Arthurs B, Nerad J. Periocular necrotizing fasciitis: a review of five cases. *Ophthalmology*. 1997;104:1857-62.