



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/2403 - El caso del ojo rojo que acabó siendo perforado

M.L. Pérez Gamero^a, E. Fernández Contreras^b, M. Rodríguez García^c, S. García Moreno^d, R. del Pino Gómez^e, J. Conradi Blasco^f, A. Beltrán Martínez^g, E. Aires Eslava^h y J. Márquez Ceraⁱ

^aMédico de Familia. Centro de Salud Montequinto. Dos Hermanas. Sevilla. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nuestra Señora de la Oliva. Sevilla Sur. Sevilla. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Don Julio Borreguero. El Coronil. Sevilla. ^dMédico de Familia. EPES 061. Sevilla. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Nª Sª de la Oliva. Alcalá de Guadaira. Sevilla. ^fMédico Residente de 1^{er} año. Centro de Salud Nª Sª de la Oliva. Alcalá de Guadaira. Sevilla. ^gMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Don Paulino García Donas. Sevilla Sur. Sevilla. ^hCentro de Salud Utrera Sur. Utrera. Sevilla. ⁱMédico de Familia. Centro de Salud Nª Sª de la Oliva. Alcalá de Guadaira. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 65 años, exfumador y exbebedor. Cardiopatía isquémica. Cirrosis hepática alcohólica. Tratamiento: AAS, espironolactona y omeprazol. Acude por dolor ocular en ojo derecho de 3 horas, náuseas, y aparente disminución de visión, con fiebre de 38º el día anterior. Endoscopia con implantación de bandas 15 días antes. Ante la clínica, derivamos para valoración por oftalmólogo de guardia. Se intenta aspiración de vítreo sin éxito y se trata con vancomicina y ceftacídima intravenosas e intravítreas. Se ingresa al paciente, añadiendo meropenem. A los dos días del ingreso, continúa edema palpebral que dificulta apertura ocular, celulitis preseptal hasta hemicara derecha y exoftalmos. Abundante exudado mucopurulento en fondo de saco. Progresivamente el edema palpebral y la celulitis mejoran por lo que se decide realizar evisceración de globo ocular a los 11 días de ingreso.

Exploración y pruebas complementarias: En nuestra consulta, el paciente presenta aceptable estado general, bien hidratado y perfundido, consciente y afebril. Ojo derecho que impresiona de amaurosis, con inyección ciliar, quemosis conjuntival, pupilas isocóricas, dolor a la mínima palpación del párpado, leve ptosis. Neurológico normal. Ecografía de órbita: vítreo sin ocupación, no hallazgos de desprendimiento de retina bilateral, cámaras anteriores normales. TAC órbita: abigarrado proceso inflamatorio agudo con endoftalmitis, perforación ocular y celulitis supraorbitaria. Analítica bioquímica normal, hemograma con neutrofilia sin leucocitosis. Hemocultivo negativo. Cultivo de exudado conjuntival positivo a Aeromonas caviae y negativo a hongos.

Juicio clínico: Endoftalmitis endógena. Celulitis preseptal secundaria. Perforación ocular.

Diagnóstico diferencial: Se podía pensar en conjuntivitis causada por Aeromonas caviae (por la inmunodepresión) o conjuntivitis gonocócica con los signos inflamatorios. La mucormicosis, también ocurre en inmunodeprimidos con prurito ocular, y edema, escaras necróticas en nasofaringe y paladar y visualización del hongo en cultivos. También podría ser una aspergilosis rinocerebral, que afecta órbita y cursa con exoftalmos y rinorrea purulenta.

Comentario final: El médico de familia tiene una labor primordial en el cribaje de patologías aparentemente banales, como podría ser un ojo rojo o una conjuntivitis, de algo más grave como sería en este caso la

endoftalmitis con celulitis preseptal. Debemos estar muy atentos y hacer una buena exploración, para diferenciar entre casos semejantes, a pesar de las complejidades y el poco tiempo del que disponemos en la consulta de atención primaria. Además es un lugar privilegiado en el sentido de tiempo-lugar, para poder reaccionar y tratar las cosas desde primer momento que el paciente comienza con la sintomatología evitando así posibles secuelas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asencio-Egea MA, et al. Endoftalmitis endógenas: revisión de una serie de casos y revaloración de una entidad ocular grave. Rev Chilena Infectol. 2013;30(5):516-21.
2. Basauri E, Achurra A, Aragón JA, Catalá J, Cordovés L, López M, et al. Endoftalmitis infecciosa. Guías de Práctica Clínica de la SERV [Internet]. 7. 1 ed. CF Comunicación, 2011. Disponible en www.serv.es
3. Farrel L, Ezpeleta M, Sierra C, Mayer F. Celulitis orbitaria bilateral con endoftalmitis en una paciente con reciente diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Rev Mex Oftalmol. 2014;88(3):146-51.