



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/2475 - ABSCESO CORNEAL POR PSEUDOMONAS EN USUARIO DE LENTES DE CONTACTO (ULC). A PROPÓSITO DE UN CASO

T. Ricart Pena<sup>a</sup>, R. Yuste Ballesta<sup>b</sup>, L. Sambrana Iglesias<sup>c</sup>, I. Luna Calcaño<sup>d</sup>, L. Simón Sánchez<sup>e</sup> y F. Alcázar Manzanera<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia-San Andrés. Murcia.

<sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Oftalmología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

<sup>c</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alcantarilla. Murcia. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Lorca Sur. Lorca. Murcia. <sup>e</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Ñora. Murcia. <sup>f</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Barrio Peral. Cartagena. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 39 años que acude al centro de salud refiriendo un agudo y progresivo cuadro de intenso dolor, secreciones mucopurulentas y pérdida de visión de menos de 48 horas en ojo izquierdo (OI). Antecedentes oftalmológicos: negaba traumatismo ocular. Miopía magna. Úlcera corneal en OI hacía 4 meses. ULC. El desproporcionado dolor que presentaba, la intensa hiperemia y el hallazgo de un infiltrado corneal, junto a sus antecedentes nos hizo sospechar por un absceso corneal. Se derivó de urgencia para valoración por especialista, indicándosele que rescatase las lentillas y su líquido de conservación, para posterior estudio microbiológico. Él y el hermano compartían el mismo líquido para lentillas. En urgencias se tomaron muestras para cultivo de raspado corneal y LC. Se le pautó tratamiento tópico con colirios antibióticos reforzados de ceftazidima y vancomicina horarios, Atropina/12h y cobertura oral con ciprofloxacino. El germen aislado fue *Pseudomonas aeruginosa* (Psa). La respuesta terapéutica fue excepcional con la resolución completa del cuadro en 2 semanas. Como secuela del proceso desarrolló un leucoma residual que afectó al eje visual, por lo que fue candidato para una queratoplastia penetrante. Actualmente su visión es buena.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general, hemodinámicamente estable, sin focalidad neurológica. Afebril. Examen oftalmológico: OI: Edema palpebral importante, abundantes secreciones mucopurulentas, hiperemia conjuntival mixta, quemosis. Infiltrado corneal con edema estromal difuso, hipopión a 1/3 de nivel. Leve anisocoria mayor para ojo derecho (OD). Musculatura extrínseca conservada. OD normal. Estudio microbiológico: Reacción oxidasa: positivo. Cultivo del raspado corneal y lentilla izquierda: Psa.

**Juicio clínico:** Absceso corneal por *P. aeruginosa* en OI.

**Diagnóstico diferencial:** Absceso corneal por *Acanthamoeba*. Absceso por *Staphylococcus aureus*. Querato-uveítis disciforme herpética. Queratomycosis.

**Comentario final:** Ser ULC es factor de riesgo para el desarrollo de úlceras y abscesos corneales infecciosos. Se asocia mas a varones de edad joven. Los antecedentes de úlcera corneal, patología de superficie crónica y/o inmunodepresión representan otros factores de riesgo. La Psa es un microorganismo de especial virulencia en este contexto. En pocas horas puede generar un daño irreversible. El correcto y precoz manejo, diagnóstico y tratamiento puede evitar la aparición de leucoma, adelgazamiento corneal, perforación o incluso endoftalmitis. Así, el absceso corneal, y en particular el provocado por Psa, representa una causa frecuente de trasplante corneal. Como médicos de atención primaria estamos obligados a preguntar por el uso de lentillas ante cualquier ojo rojo, debemos promocionar el cuidado e higiene de las mismas y conocer la contraindicación de corticoterapia tópica en ULC. Presentamos un traumático caso donde nuestra sospecha y adecuado manejo, evitó peores complicaciones, facilitamos el diagnóstico etiológico y prevenimos el posible contagio del hermano.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Ng AL, To KK, Choi CC, Yuen LH, Yim SM, Chan KS, Lai JS, Wong IY. Predisposing Factors, Microbial Characteristics, and Clinical Outcome of Microbial Keratitis in a Tertiary Centre in Hong Kong: A 10-Year Experience. *J Ophthalmol.* 2015;2015:769436.
2. Vazirani J, Wurity S, Ali MH. Multidrug-Resistant *Pseudomonas aeruginosa* Keratitis: Risk Factors, Clinical Characteristics, and Outcomes. *Ophthalmology.* 2015. pii: S0161-6420 (15) 00553-9.