

Dacriocistitis neonatal por *Escherichia coli*: una entidad inusual

Neonatal escherichia coli dacryocistitis: a rare disease

FERNÁNDEZ-BACA VACA G¹, GARCÍA SOMALO M¹, RODRÍGUEZ MARTÍN J¹,
MARTÍN BARRERA F², ABREU REYES JA²

RESUMEN

Caso clínico: La dacriocistitis neonatal por *Escherichia coli* (*E. coli*) es una entidad inusual.

Se presenta el caso clínico de una paciente mujer de 9 días de vida, remitida a nuestro centro por presentar una tumefacción rojo violácea a nivel del saco lacrimal derecho que a la presión drena secreción mucopurulenta por los puntos lagrimales, demostrando los estudios microbiológicos de la misma la presencia de *E. coli*.

Discusión: El contagio adquirido en el canal del parto se descarta por la falta de clínica y microbiología negativa de la madre, siendo entonces verosímil la posibilidad de que se haya producido en el período postnatal inmediato, por lo que cobra una gran importancia las extremas precauciones en la higiene y manipulación del lactante.

Palabras clave: Dacriocistitis neonatal, *E. coli*, etiología.

SUMMARY

Case report: Neonatal *escherichia coli* dacryocistitis, is a rare disease. We report a clinical case of 9 a days old female patient, sent to our hospital, presenting a red-violet swelling in the right nasolacrimal sac area, discharging mucopurulent secretion when pressured. Microbiological studies showed *E. Coli* presence.

Discussion: Infection during childbirth is initially ruled out because the lack of symptoms and the negativity of the mother microbiology. At this point the possibility of a postnatal infection becomes probable, so being extra careful in the baby handling takes a really great significance.

Key words: Neonatal dacryocistitis, *E. coli*, ethiology.

Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario de Tenerife. La Laguna. Tenerife.

¹ Licenciado en Medicina y Cirugía.

² Doctor en Medicina y Cirugía.

Correspondencia:

Gustavo Fernández-Baca Vaca

C/. Carlos Jr. Hamilton 19, Apto. 101, Edificio Jade

38001 Santa Cruz de Tenerife

España

INTRODUCCIÓN

La epífora en un neonato habitualmente es debida a la imperforación lagrimal a nivel del ostium lacrimonasal; el resto de la vía lagrimal está normal si aún no se complicó con una dacrioductitis secundaria (1). La dacriocistitis (inflamación del saco lagrimal) en el lactante puede acompañarse o no de rija (obstrucción del conducto lacrimonasal) (2).

La dacriocistitis neonatal es debida a la sobreinfección de las vía lagrimal que se ve favorecida por la imperforación del conducto nasolagrimal. El acúmulo de secreciones remansadas a nivel del saco lagrimal es un caldo de cultivo excelente para el crecimiento de gérmenes comensales de la piel, sobre todo *Staphilococos coagulasa-positivos*.

Cuando un lactante tiene una dacriocistitis lo lógico es tratarlo con antibióticos y antiinflamatorios, y si coexiste una rija el tratamiento más efectivo es hacer una dacriocistorrinostomía en cualquiera de sus variantes.

CASO CLÍNICO

Lactante de 9 días de vida que es remitida al servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de Canarias (HUC) con el diagnóstico de dacriocistitis del recién nacido con absceso del saco lagrimal, para drenaje.

Como antecedentes personales reseñar que el parto fue normal, con un período



Fig. 1.

expulsivo corto, iniciando su alimentación mediante lactancia materna desde el principio.

La exploración oftalmológica mostraba la presencia de una tumoración rojo violácea a nivel del saco lagrimal derecho con aspecto de absceso, drenando secreción mucopurulenta a la presión por ambos puntos lagrimales (fig. 1) que es recogido y remitido al servicio de microbiología para tinción de Gram y cultivo.

A la paciente se le ingresa y se solicita la colaboración al Servicio de Pediatría, pautándose terapia antibiótica tópica (Gentamicina) y sistémica (Cefotaxima: 150 mg/8 h/IV, y Eritromicina: 40 mg/8 h / IV), tras lo cual mejoró el cuadro progresivamente.

El Servicio de Microbiología informó de la presencia de bacilos Gram-negativos, identificándose en el cultivo *Escherichia coli*.

El Servicio de pediatría informó que el estudio de despistaje de patología sistémica (analítica, ecografía craneal, etc.) era negativo.

El paciente es dado de alta acudiendo a la revisión 3 semanas después de su ingreso sin clínica; se le realiza la prueba de la tinción primaria de Jones, comprobándose cómo el colorante se expulsa por ambas fosas nasales. Hasta la actualidad no se han producido recurrencias.

DISCUSIÓN

El *Escherichia coli* es una enterobacteria comensal habitual del intestino, siendo un bacilo Gram-negativo aerobio productor de gas, catalasa positivo y muy móvil. Es un agente etiológico importante en infecciones urinarias y gastroenteritis en adultos, mientras que en neonatos se caracterizan por ser productores de sepsis y meningitis (serotipo K1).

No hemos encontrado estudios que avalen la existencia de *E. coli* como agente etiológico en una dacriocistitis neonatal, por lo que la rareza del caso clínico que presentamos es evidente.

Herrera Soto et al. (3) encuentran en una serie de 98 pacientes con dacriocistitis y eda-

des comprendidas entre 31 y 60 años, cultivos positivos a bacilos Gram-positivos en el 70,7% siendo el resto a Gram-negativos. El germen más frecuente fue el *Staphylococcus coagulasa-negativo*, no hallándose *E. coli* en ningún caso.

Huber-Spitzky et al (4) encuentran en su serie el *E. coli* en el 11,7% de los casos, siendo el germen más frecuente dentro de los bacilos Gram-negativos; los cultivos se realizaron a partir de reagudizaciones de dacriocistitis crónicas.

Verma M (5) estudia una serie de conjuntivitis neonatales observando que el *E. coli* se identifica en el 2,8% de los casos. Es interesante remarcar que fue el germen más frecuente al analizar los raspados cérvico-vaginales de las pacientes que dieron a luz a estos niños, sin embargo no se encontró una importante concurrencia entre el cultivo de secreciones conjuntivales del neonato y el cérvico-vaginal de la madre.

En nuestro caso la contaminación de la vía lagrimal por *E. coli* no parece proceder del canal del parto, y si cabe la posibilidad de que se encontrara en el agua de la bañera al final del aseo general del neonato, y que tras repetidos enjuagues finales de la cabeza llegase al fondo de saco conjuntival y saco lagrimal.

Por la respuesta al tratamiento de nuestro paciente se deduce que se trató de una dacriocistitis neonatal sin rija puesto que se logra la mejoría anatómica y la recuperación

de la permeabilidad de la vía lagrimal solo con tratamiento conservador.

CONCLUSIÓN

La clínica de nuestro paciente puede tener su origen en un descuido en las medidas de higiene, tales como: bañar al lactante de forma inadecuada, descuidos por parte de la persona encargada de su limpieza, contagio postnatal a partir la propia madre, etc. En estos casos es esencial maximizar los cuidados personales a la hora de encargarse de un lactante, ya que el germen aislado es causa de sepsis y de meningitis, con la gran morbimortalidad que dichos procesos auguran.

BIBLIOGRAFÍA

1. Murube E. Patología congénita de la vía lagrimal. *Oftalmología Pediátrica: I Jornada Nacional*. Ed. Producciones Gráficas TF-1620/2003: 23-26.
2. Murube JM. *Oftalmología Pediátrica: I Jornada Nacional*. Ed. Producciones Gráficas TF-1620/2003: 27-28.
3. Herrera Soto M et al. Estudio microbiológico en pacientes portadores de dacriocistitis. *Rev. Cubana de Oftalmología* 2002; 15(1).
4. Huber-Spitzky V. Acquired dacryocistitis: microbiology and conservative therapy *Acta Ophthalmol (Copen)*. 1992 Dec; 70(6): 745-749.
5. Verma M. Neonatal conjunctivitis: a profile. *Indian-Pediatr*. 1994 Nov; 31(11): 1357-1361.