

Queratitis por *acanthamoeba* en paciente no portador de lentes de contacto

Acanthamoeba keratitis in non contact lens wearer

ABREU REYES JA¹, AGUILAR ESTÉVEZ JJ², RODRÍGUEZ MARTÍN FJ², DÍAZ
ALEMÁN VT², ABREU GONZÁLEZ R²,

RESUMEN

Caso Clínico: Paciente remitido a nuestro hospital por presentar en OD una queratitis refractaria a diversos tratamientos, que evoluciona con pérdida de agudeza visual de forma progresiva. El examen biomicroscópico evidencia la existencia de una ampolla de infiltración prominente debida a cirugía antiglaucomatosa previa que origina un dellen corneal, a partir del cual se extiende una lesión anular subepitelial. El estudio citológico con tinción de giemsa identifica «estructuras de aspecto quístico de doble membrana».

Discusión: El hecho de que el paciente no fuera usuario de lentes de contacto supuso la no sospecha etiológica de queratitis por *acanthamoeba*, lo que retrasó el diagnóstico y tratamiento específico, implicando ello una evolución tórpida con pérdida de la integridad funcional y anatómica del globo ocular.

Palabras clave: Queratitis, *acanthamoeba*, cirugía glaucoma, traumatismo.

SUMMARY

Case report: A 66 year-old man was referred to our hospital because of a keratitis, refractory to different treatments that evolved in progressive decrease of visual acuity. Biomicroscopical examination showed a corneal dellen related to a prominent glaucoma filtration bleb,

Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario de Canarias. Universidad de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife.

¹ Doctor en Medicina y Cirugía.

² Licenciado en Medicina y Cirugía.

Correspondencia:

J.A. Abreu Reyes

Servicio de Oftalmología

Hospital Universitario de Canarias

Ctra. La Cuesta-Taco, s/n

38320 La Laguna (Tenerife)

España

E-mail: jabreu@oftalnet.nu

evolving into an annular subepithelial injury. «Double membrane cystic structures» were identified with Giemsa stain cytological.

Discussion: No previous acanthamoeba keratitis suspect had been reached because the patient was not a contact lens user, delaying the diagnose and specific treatment and implying a negative evolution with loss of the functional and anatomic integrity of the eye.

Key words: Keratitis, *acanthamoeba*, glaucoma surgery, injury.

INTRODUCCIÓN

La *acanthamoeba* es una familia de protozoos formadores de quistes. Se encuentra en el aire, la tierra y el agua. Pueden aislarse generalmente a partir de las vías respiratorias altas de los seres humanos. Son resistentes a los desinfectantes, a los cambios de temperatura y a la desecación. Puede causar una queratitis crónica estromal después de un mínimo traumatismo. Los portadores de lentes de contacto (LC) son una población con especial riesgo de padecerla (1), siendo la afectación bilateral poco frecuente (2).

El diagnóstico diferencial de esta patología debe hacerse con una queratitis por herpes simple, micótica y con queratitis crónicas de evolución tórpida, pudiendo coexistir en un mismo caso (3). El diagnóstico precoz es esencial para instaurar el tratamiento específico que erradique la infección y favorezca la buena evolución funcional.

CASO CLÍNICO

Varón de 66 años de edad que es remitido a nuestro hospital por presentar en OD una queratitis de 12 días de evolución refractaria a diversos tratamientos, que empeora progresivamente con importante disminución de agudeza visual y escaso dolor.

El paciente refiere como antecedentes oftalmológicos de interés en ambos ojos el haber sido operado de catarata (EECC con implante de LIO) y trabeculectomía hace 5 años, estando en la actualidad en tratamiento tópico bilateral con un betabloqueante.

El paciente vive en un medio rural.

En la exploración oftalmológica inicial se constata un edema palpebral severo con una agudeza visual (AV) corregida en OD de contar dedos a 1 m, y en OI de 0,3. En el examen biomicroscópico (BMC) se evidencia en OD la existencia de una ampolla de filtración prominente que origina un Dellen en la córnea subyacente, a partir del cual se extiende una lesión anular subepitelial fluo (+) en zonas de la misma, con reacción desecmética y presencia de escaso tyndall (fig. 1). El OI no presenta sintomatología anómala.

Ante la sospecha clínica de una queratitis por *acanthamoeba* se realizó un raspado-biopsia para cultivo en agar sin nutrientes con *E. Coli* y tinciones específicas (giemsa y blanco calcoflúor).

La única prueba positiva fue la tinción de giemsa, en la cual se observaron «estructuras de aspecto quístico con doble membrana» (fig. 2) en base a lo que se confirmó el diagnóstico, prescribiéndose tratamiento específico con isetionato de propamidina (Brolene®), clorhexidina 0,02%, dexametasona, atropina, asociación de polimixina-

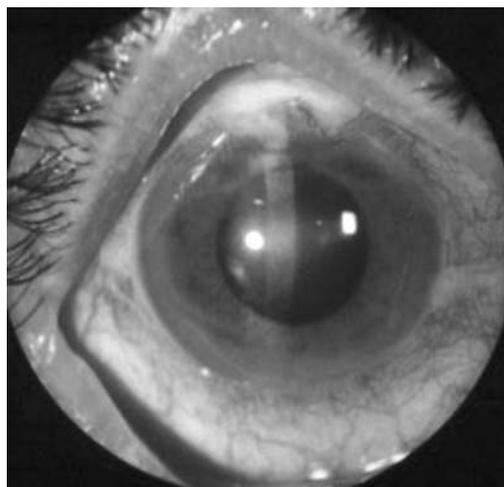


Fig. 1: Se observa ampolla de filtración, Dellen subyacente e infiltrado anular subepitelial.

neomicina-gramicidina (Oftalmowell®) y ketoconazol vía oral.

El defecto epitelial no mejoró, observándose episodios de ulceraciones corneales y uveítis anteriores. Tras seis meses de evolución tórpida, la infiltración corneal se extiende hacia el limbo y esclera con adelgazamiento y posterior lisis de la misma, por lo que se realiza transplante de membrana amniótica (fig. 3). En la exploración ecográfica se observa una desestructuración del segmento anterior, infiltración vítrea y desprendimiento coroideo (fig. 4). A partir de este momento se aprecia intensa hipotonía ocular, evolucionando a la situación actual de «ptisis bulbi».

DISCUSIÓN

La queratitis por *acanthamoeba* es a menudo infradiagnosticada, especialmente en pacientes no usuarios de LC, siendo en cualquier caso una entidad rara.

La mayor parte de las queratitis por *acanthamoeba* se producen en pacientes usuarios de LC, siendo pocos los casos en no usuarios por lo que no se sospecha la misma, retrasándose el diagnóstico, como ha ocurrido con nuestro paciente. Entre la población que no utiliza LC se han descrito los traumatismos agrícolas como factores de riesgo, pudiendo llegar la ameba directamente al estroma.

Pensamos que en nuestro caso es la pérdida de la integridad epitelial por desecación (Dellen) la puerta de entrada de la ameba, dado el hábito del paciente de enjuagarse la cara con el agua de uso agrícola para aliviar la sudoración.

Uno de los signos característicos en la infección por *acanthamoeba* es la presencia de dolor intenso desproporcionado con el grado de inflamación ocular, síntoma que no presentaba nuestro paciente posiblemente debido a la hipoestesia secundaria a la cirugía extracapsular de catarata previa, lo que puede justificar que inicialmente no se sospechara esta etiología.

En muchos de los estudios publicados hemos observado que la asociación de anti-

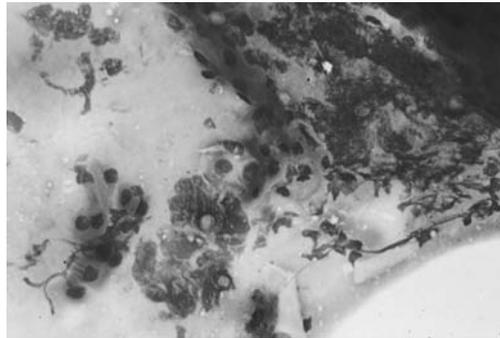


Fig. 2: Tinción de giemsa donde se observan estructuras de aspecto quístico con doble membrana.

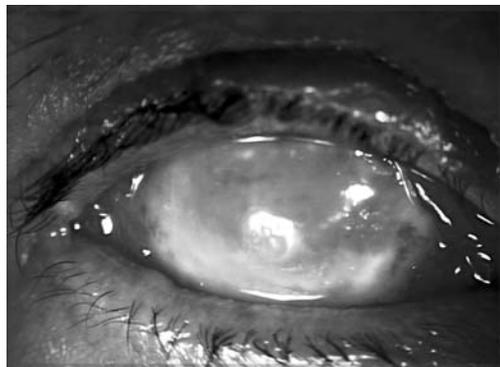


Fig. 3: Transplante de membrana amniótica.

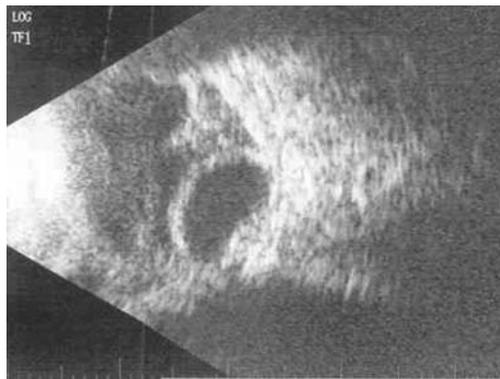


Fig. 4: Ecografía que muestra desestructuración del segmento anterior, infiltración vítrea y desprendimiento coroideo.

fúngicos orales conllevan buenos resultados al prevenir la aparición de limbitis y de escleritis anterior, las cuales son signos clínicos que se asocian con frecuencia a la queratitis por *acanthamoeba*, siendo ambas las responsables de la pérdida de la integridad anatómica y funcional del globo ocular de nuestro paciente.

La microscopia confocal *in vivo* es un método diagnóstico de reciente aparición (4,5), no disponible en nuestra región.

Los oftalmólogos debemos tomar conciencia de la posibilidad de una queratitis por *acanthamoeba* ante pacientes en situación de riesgo, estando alerta sobre la posibilidad de que un paciente con una queratitis atípica sea debida a *acanthamoeba* aunque no sea usuario de LC.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stehr-Green JK, Bailey TM, Brandt FH et al. *Acanthamoeba* keratitis in soft contact lens wearers. JAMA 1987; 258: 57-60.
2. Losada MJ, Martín F, Sánchez M, Abreu JA. Queratitis por *Acanthamoeba*. Arch Soc Canar Oftal 1986-1988; 9: 47-50.
3. Mathers WD, Goldberg MA, Sutphin JE, Dittkoff JW, Folberg R. Coexistent *Acanthamoeba* keratitis and herpetic keratitis. Arch Ophthalmol 1997; 115: 714-718.
4. Cavangh HD, Petroll WM, Alizadeh H, et al. Clinical and diagnostic use of in vivo confocal microscopy in patients with corneal disease. Ophthalmology 1993; 100: 1444-1454.
5. Pfeister DR, Camero JD, Frachmer JH, et al. Confocal microscopy findings of *Acanthamoeba* Keratitis. Am J Ophthalmol 1996; 121: 119-128.