

Endoftalmitis sacular por enterococcus faecalis. Caso clínico

Saccular endophthalmitis by enterococcus faecalis. Case report

CORDOVÉS DORTA LM¹, ABREU REYES JA², MARTÍN BARRERA F²,
MÉNDEZ MEDINA R³, DORTA SAENZ AM⁴, GONZÁLEZ DE LA ROSA MA⁵

RESUMEN

Últimamente se reconoce que la endoftalmitis crónica pseudofáquica, también conocida como endoftalmitis sacular (1,2), es una complicación más frecuente y más seria de lo que anteriormente se pensaba. Su curso clínico insidioso está relacionado probablemente con la baja virulencia de los microorganismos implicados. Se han publicado pocos casos de agentes más agresivos que se comporten de tal forma (3), como ocurre en el que aquí presentamos. De nuestra experiencia concluimos que una endoftalmitis infecciosa aguda debida a microorganismos virulentos puede comportarse como una endoftalmitis tórpida debido a un insuficiente tratamiento con antibióticos y corticoides.

Palabras clave: Falta. Falta, falta.

SUMMARY

Chronic pseudophakic endophthalmitis, also known as saccular endophthalmitis (1,2), has been lately recognized to be a serious and more frequent than previously thought complication of cataract surgery. It's insidious clinical course is probably related to the low virulence of the implicated microorganisms. Few cases have been reported of more aggressive agents behaving in such a manner³, as happens in the one we present. From our experience we believe that acute infectious endophthalmitis caused by virulent microorganisms may behave as a torpid endophthalmitis by means of an inadequate treatment with antibiotics and corticosteroids.

Key words: Falta, falta, falta.

Hospital Universitario de Canarias. España.

¹ Licenciado en Medicina y Cirugía. Médico Adjunto de Oftalmología.

² Doctor en Medicina y Cirugía. Médico Adjunto de Oftalmología.

³ Doctor en Medicina y Cirugía. Profesor Titular de Anatomía Patológica.

⁴ Licenciado en Medicina y Cirugía. Médico Adjunto de Microbiología.

⁵ Doctor en Medicina y Cirugía. Catedrático de Oftalmología.

Comunicación presentada en el XIIIth Congress of the European Society of Cataract and Refractive Surgeons (Amsterdam, 1995).

Correspondencia:

Hospital Universitario de Canarias

C/. Ofra, s/n

38320 La Cuesta, La Laguna (Tenerife, Islas Canarias)

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una paciente de 70 años de edad que tres días después de una extracción extracapsular de catarata con implante de lente de cámara posterior bilateral, bajo anestesia general y sin complicaciones, mostró una uveítis anterior aguda de su ojo izquierdo (el segundo en ser operado), que se resolvió aparentemente con tratamiento médico (dexametasona, cloranfenicol y atropina tópicas, metilprednisolona, gentamicina y cefazolina subconjuntivales). La paciente es dada de alta hospitalaria tres días después con una agudeza visual corregida de 0,5.

Después de dos semanas de evolución favorable tuvo una reactivación con un curso tórpido y poco agresivo, que respondía adecuadamente al tratamiento médico, pero recaía al disminuirlo. Dos meses después, con la sospecha de que nos enfrentábamos a una endoftalmitis crónica, decidimos reintervenir realizando una cirugía diagnóstica y terapéutica, siguiendo nuestro protocolo habitual para estos casos: explante de lente intraocular de cámara posterior, capsulectomía tras instilación de alfa-quimotripsina, vitrectomía anterior y colocación de lente intraocular de cámara anterior. El saco capsular extraído lo dividimos en dos fragmentos, uno lo enviamos para estudio histopatológico y el otro para estudio microbiológico, junto con las muestras de humor acuoso y vítreo.

El estudio histopatológico mostró colonias de cocos gram + en el interior del saco capsular (fig. 1) y los cultivos aislaron *Enterococcus faecalis*. El tratamiento postoperatorio incluyó imipenem intravenoso (500 mg

c/6h) después de que tuvimos los resultados del antibiograma. La paciente tuvo una evolución favorable, con un ojo tranquilo a partir de entonces, recuperando una agudeza visual de 0,5.

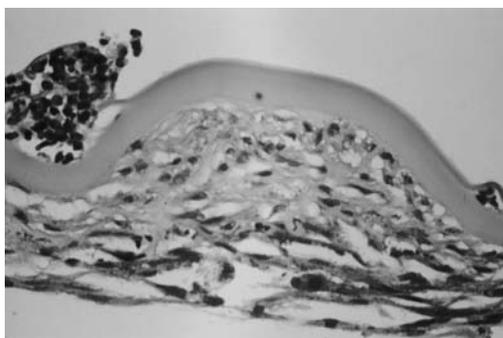
DISCUSIÓN

Las uveítis postoperatorias atípicas requieren un seguimiento meticuloso y considerar cuidadosamente un posible origen infeccioso, algo que hicimos subconscientemente con el uso de antibióticos junto con los corticoides en el episodio inicial de inflamación postoperatoria. En nuestro caso la evolución recurrente podría ser explicada por la persistencia de gérmenes secuestrados en el interior de los fórnicos del saco capsular, como mostró posteriormente la anatomía-patológica, donde los antibióticos apenas podían llegar. Este factor nos ha hecho sugerir el término patológico «endofthalmitis sacular» como posible sustituto del término clínico «endofthalmitis crónica».

La endofthalmitis por *Enterococcus faecalis* es normalmente severa con un mal resultado visual. La producción de hemolisina es una propiedad variable de estos estreptococos del grupo D de Lancefield que ha sido estudiada en varios modelos experimentales de endofthalmitis, y esta actividad citolítica contribuye a su virulencia (4). Es un comensal humano común que se está transformando en un patógeno importante debido a su habilidad natural para adquirir y compartir plásmidos que codifican características virulentas o genes de resistencia a antibióticos. Tal vez en nuestro caso, basándonos en su comportamiento clínico, se trataba de una de las cepas menos agresivas.

Cuando nos enfrentemos con una endofthalmitis crónica cualquier intervención quirúrgica debería incluir cultivos del acuoso, vítreo y saco capsular, junto con un estudio anátomo-patológico de este último. Un tratamiento inadecuado con antibióticos y corticoides puede hacer que una endofthalmitis aguda por un microorganismo virulento se comporte como una crónica.

*Fig. 1: Tinción de gram de un fragmento del saco capsular, donde se pueden ver las colonias de *Enterococcus faecalis* como un fino granulado basófilo.*



BIBLIOGRAFÍA

1. Abreu JA, Cordovés L, Mesa CG, Méndez R, Dorta A, De la Rosa MG. Chronic pseudophakic endophthalmitis versus saccular endophthalmitis. *J Cataract Refract Surg* 1997; 23: 1.122-1.125.
2. Abreu JA, Mesa CG, Santos RJ, Torres A, Méndez R, Glez. de la Rosa MA. Endoftalmitis sacular. *Microcirugía Ocular* 1992; 2: 10-13.
3. Fong DS, Pesavento RD. Pseudomonas endophthalmitis presenting as subacute inflammation. *Arch Ophthalmol* 1995; 113: 265.
4. Jett BD, Jensen HG, Atkuri RV, Gilmore MS. Evaluation of therapeutic measures for treating endophthalmitis caused by isogenic toxin-producing and toxin non-producing *Enterococcus faecalis* strains. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 1995; 36: 9-15.