

ID: 20415

DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO DE QUERATITIS POR *ACANTHAMOEBA* MEDIANTE MICROSCOPIA CONFOCAL

Autores:

ALBERTO BARROS SUÁREZ. Instituto Oftalmológico Fernández-Vega. Asturias. España.

JUAN FRANCISCO QUEIRUGA PIÑEIRO. Instituto Oftalmológico Fernández-Vega. Asturias. España.

JAVIER LOZANO SANROMA. Instituto Oftalmológico Fernández-Vega. Asturias. España.

ARÁNZAZU POO LÓPEZ. Instituto Oftalmológico Fernández-Vega. Asturias. España.

LUIS FERNÁNDEZ-VEGA CUETO-FELGUEROSO. Instituto Oftalmológico Fernández-Vega. Asturias. España.

JESÚS MERAYO LLOVES. Instituto Oftalmológico Fernández-Vega. Asturias. España.

Tipo de comunicación:

Comunicación en e-póster

Área temática:

SEGMENTO ANTERIOR, LENTES DE CONTACTO Y TECNOLOGÍAS DIAGNÓSTICAS

Subárea temática:

Superficie Ocular

Palabras clave:

Acanthamoeba, microscopía confocal, infección corneal

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS:

La queratitis por *Acanthamoeba* es una infección corneal poco frecuente pero muy severa con un alto riesgo de pérdida de visión y pudiendo llegar a la pérdida del globo ocular.

Aunque su incidencia es de 1 caso por cada 30.000 portadores de LC al año, el uso de las mismas es un factor predisponente y asociado a la infección, siendo un 85-88 % de los diagnósticos en usuarios de lentes de contacto, sobre todo blandas.

Siendo los signos clínicos inespecíficos, su diagnóstico se realiza principalmente mediante las pruebas de Reacción en Cadena de la Polimerasa y/o microscopía confocal corneal *in vivo* (IVCM), que permite la visualización de las distintas estructuras corneales con alto contraste y nitidez, incluyendo la presencia de agentes infecciosos como la *Acanthamoeba*. El objetivo de este trabajo es identificar las manifestaciones principales de una infección por *Acanthamoeba* en las imágenes obtenidas mediante IVCM.

COMUNICACIÓN e-POSTER

MATERIAL Y MÉTODOS:

HISTORIA CLÍNICA:

Se exponen cuatro casos de pacientes con sintomatología que cursó desde sensación de cuerpo extraño e irritación hasta dolor ocular y pérdida de visión. Tras examen bajo biomicroscopia se identificaron signos clínicos compatibles con una infección corneal. A todos de les realizó IVCM para localizar imágenes compatibles con agentes infecciosos a nivel microscópico.

Exploración clínica (*figura 1*):

Paciente 1: Estructuras redondeadas hiperrefringentes con una zona exterior sombreada, de un tamaño de 5-10 μm a nivel de la membrana de Bowman (imagen A).

Paciente 2: Imágenes circulares en las que se puede distinguir un centro homogéneo y una segunda pared hiperrefringente a nivel del estroma corneal, de un tamaño de 10-15 μm aproximadamente (imagen D).

Paciente 3: Imágenes circulares hiperrefringentes de distintos tamaños y agrupadas por el estroma corneal. En alguna de esas formaciones se podía intuir una doble pared (imagen G).

Paciente 4: Estructuras redondeadas con un centro heterogéneo de tamaño de 15-20 μm (flechas verdes), en combinación con formaciones hiperrefringentes más pequeñas y agrupadas a lo largo del estroma corneal (imagen J).

RESULTADOS:

Diagnóstico: Teniendo en cuenta los antecedentes personales (tres portadores de LC con uso en piscina, río, etc. y un habitante de entorno rural con posible contacto con aguas estancadas) y ante las manifestaciones clínicas en combinación con las formaciones identificadas en las imágenes obtenidas mediante IVCM, los cuatro pacientes fueron diagnosticados de una infección corneal por *Acanthamoeba*.

Tratamiento y evolución (*figura 1*): Se instauró tratamiento y se les realizó un estrecho seguimiento para valorar evolución clínica y repetir la prueba IVCM para localizar la presencia de formaciones compatibles con quistes por *Acanthamoeba*. En los pacientes 1 y 2 se confirmó ausencia de quistes (C-F), mientras que en los pacientes 3 y 4, se observó una disminución de los mismos, sin llegar aún a la total resolución del cuadro infeccioso (I-N).

CONCLUSIONES:

La IVCM se presenta como una prueba mínimamente invasiva y útil en la detección temprana de infecciones corneales como es la queratitis por *Acanthamoeba*, así como en su seguimiento para valorar su evolución y evaluar el éxito del tratamiento.



COMUNICACIÓN **e-POSTER**

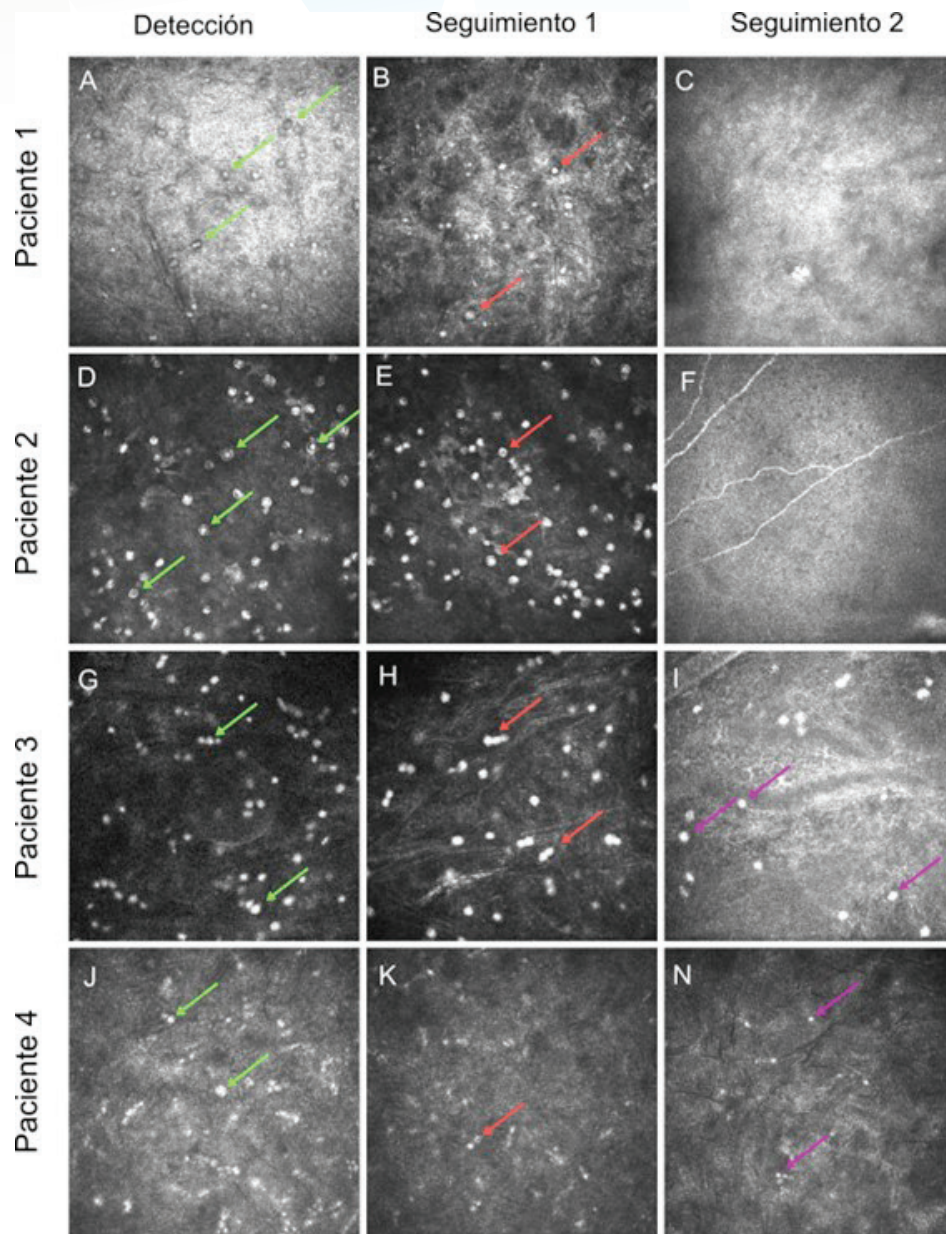


Figura 1

ORGANIZA:



AVALA:



COLABORA:



PARTNER
PREFERENTE

