

COMUNICACIÓN EN PÓSTER

SUPERFICIE OCULAR

ID: 1250

Queratoplastia penetrante por queratitis *Fusarium* en portadora de lentes de contacto

➤ Autores: [Mónica Muñoz Mendoza¹](#), [Cristina García Recio¹](#)

¹Hospital Universitario del Sureste (Arganda del Rey, Madrid).

INTRODUCCIÓN

La queratitis infecciosa es una de las causas más frecuente de ceguera no reversible a nivel mundial. De entre las infecciones oculares, la queratitis micótica, aunque infrecuente, tiene complicaciones graves, debido a que es difícil de diagnosticar y con frecuencia responde mal al tratamiento. Es común en áreas tropicales y rurales y el principal factor de riesgo es el traumatismo con material vegetal, sin embargo, en países desarrollados la principal causa es el uso de lentes de contacto (LC). Se describe el caso de una paciente portadora de LC, con perforación corneal por queratitis fúngica por *Fusarium* resistente a voriconazol.

HISTORIA

Mujer de 22 años, portadora de LC blandas convencionales, remitida a consultas externas tras 48h de haber acudido a Urgencias con diagnóstico de úlcera corneal en el OD en tratamiento con moxifloxacino (*Vigamox*®), gentamicina reforzada, cicloplégico, dexametasona (*Maxidex*®) y analgesia oral. Se realizó raspado corneal, toma de muestras de fondos de saco conjuntival

y envío de la LC para cultivo por el departamento de microbiología.

EXPLORACIÓN

La AV con corrección era de 0.4 en OD y 1.0 en OI. Presentaba una inyección ciliar e infiltrado corneal en OD que empeoró a la semana con pérdida de AV (0.16), mayor inyección ciliar, lesión fluopositiva de mayor tamaño y edema corneal. El cultivo resultó negativo para bacterias y no se objetivaron quistes en el líquido de mantenimiento de las LCB. Se realizó nuevo raspado corneal y cultivo para estudio por microbiología.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se pautaron antibióticos reforzados (vanco y ceftazidima) y tratamiento empírico ante *Acanthamoeba* (isetionato de propamida 0.1% (*Brolene*®) y clorhexidina 0.2%. Tras el empeoramiento del cuadro y resultado del raspado y cultivo, ambos negativos para parásitos, se añadió tratamiento antifúngico con ketaconazol 100 mg cada 12 horas. Se realizó microscopía confocal y toma de muestras para nuevos



Sesión 1



Viernes, 13
de abril



10:00 h a 10:15 h



Terminal
17



cultivos. A los 5 días, se observó aumento de tamaño del absceso con adelgazamiento corneal central e hipopion. La ecografía ocular era normal. Microbiología comunicó crecimiento de hongo filamentosos *Fusarium* y se añadió voriconazol oral (200 mg/12 horas) y tópico al 1%. Tras 5 días se remitió para tratamiento quirúrgico por perforación corneal. El departamento de microbiología informó varios días después que la sensibilidad del hongo era exclusiva a anfotericina B. Tras el tratamiento adecuado y la realización de una queratoplastia penetrante, la paciente evolucionó favorablemente.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico erróneo y/o el tratamiento inefectivo en la queratitis por *Fusarium* puede

producir complicaciones oculares graves que acaban en queratoplastia o enucleación por perforación corneal o endoftalmitis. Aunque existe controversia en el tratamiento, se ha demostrado que el uso tópico de natamicina es el más efectivo, sin embargo, en España no está disponible, siendo una verdadera limitación terapéutica. El diagnóstico microbiológico correcto y precoz, y el tratamiento específico, de mayor efectividad demostrada y que mayor beneficio reporte para el paciente, son esenciales con el fin de evitar las consecuencias devastadoras de este tipo de queratitis.

ORGANIZA:



ÓPTICOS
OPTOMETRISTAS
Consejo General

AVALA:



Sociedad Española de
OPTOMETRÍA

COLABORA:



FUNDACIÓN
SALUD VISUAL
DESARROLLO OPTOMÉTRICO Y AUDIOLOGICO

COLABORACIÓN ESPECIAL:

