

DICTAMEN PERICIAL - RESPONSABILIDAD EN ATENCIÓN EN SALUD
Doctora Fabiola Jiménez Ramos
Médica Forense

Como Médico Perito, dando cumplimiento al artículo 226 del Código General del Proceso, apporto la siguiente información:

Identidad: mi nombre Fabiola Jiménez Ramos, identificada con C.C. No: 41.757.633 de Bogotá. Pensionada desde el 1° de julio de 2019. Último cargo desempeñado: Médica Forense, en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Dirección: Carrera 72 No: 152 B 90 Torre 3 Apto 402, Bogotá. Teléfono celular No: 301-5139308.

Profesión: Médica Cirujana. Especialista en Salud Ocupacional. Diplomado en Ecografía General y Doppler. Diplomado Toxicología Forense. Anexo copia de Tarjeta Profesional y respectivos diplomas. Certificación Laboral emitida por Medicina Legal que acredita mi experiencia como Médica Forense durante 29 años, 6 meses de los cuales dediqué los 10 últimos años a la realización de Dictámenes de Investigación de Responsabilidad Médica.

Publicación relacionada con la materia del Peritaje. No aplica.

Lista de casos de los últimos 8 años, en los que he sido designada como Perito en el tema de Responsabilidad Médica, incluyendo Juzgado o Despacho donde se presentó, el nombre de las partes, de los apoderados de las partes y materia sobre la cual versó el dictamen:

5.1 Fecha de realización del dictamen: BOGOTÁ D.C., 14 de enero de 2019

Ref: Noticia criminal 110013336031201500390 -

AUTORIDAD SOLICITANTE: JUZGADO 31 ADMINISTRATIVO ORAL - SECCION TERCERA BOGOTÁ D.C.

NOMBRE DEL DEMANDANTE: YESID ORDOÑEZ TRIANA

NOMBRE DEL DEMANDADO: E.S.E. Hospital Salazar de Villeta, Fundación Hospital San Carlos de Bogotá, Salud Total EPS.

Materia sobre la cual versó el dictamen: Síndrome de Embolia Grasa post fractura de Tibia.

5.2 Fecha de realización del dictamen: Bogotá, enero 16 de 2018.

DEMANDANTE: Madre de Hellen Manuela Ardial Duarte.

DEMANDADO: Hospital San José.

Materia sobre la cual versó el dictamen: Kernicterus al nacer, secuelas neurológicas.

5.3- Fecha de realización del dictamen: Bogotá, 29 de mayo de 2019

AUTORIDAD SOLICITANTE: FISCAL 292 USME.

DEMANDANTE: María del Carmen Quimbayo Mendoza.

DEMANDADO: National Clinics Centenario.

Materia sobre la cual versó el dictamen: Sección de vías biliares durante colecistectomía laparoscópica, shock séptico secundario.

5.4 Fecha de realización del dictamen: 31 de mayo de 2018

AUTORIDAD SOLICITANTE: Juzgado 62 Administrativo del Circuito Judicial de Bogotá D.C. Sección Tercera
DEMANDANTE: María Claudia Reyes Rojas.
DEMANDADO: no tengo acceso a la información.
Materia sobre la cual versó el dictamen: perforación rectosigmoidea durante histerectomía abdominal total.

5.5- Fecha de realización del dictamen: Bogotá, septiembre 28 de 2018
DEMANDANTE: ANA ISABEL COCA Y OTROS.
DEMANDADO: HOSPITAL DE SUBA II NIVEL, LILIANA ISABEL GÓMEZ LUBO Y OTROS.
Materia sobre la cual versó el dictamen: Hemorragia uterina Postparto.

5.6- Fecha de realización del dictamen: Bogotá, martes 9 julio 2018
DEMANDANTE: Padre del menor fallecido: KOLYA DESPLECHIN IBARRA
DEMANDADO: FUNDACIÓN CARDIO INFANTIL.
Materia sobre la cual versó el dictamen: Cuerpo extraño en esófago.

5.7- Fecha de realización del dictamen: Enero 25 de 2.018
DEMANDANTE: Ángel Lorenzo Orozco Vanegas.
DEMANDADOS: Einny Danitza Alfonso Rincón y Andrea Alario (Odontólogas
Materia sobre la cual versó el dictamen: Angina de Ludwig postexodoncia en paciente diabético

5.8- Fecha de realización del dictamen: Jueves 24 mayo 2018
DEMANDANTE: María Cecilia Isaza Ocampo madre del paciente fallecido Juan Guillermo Marulanda Isaza
DEMANDADO: Ministerio de Defensa Armada Nacional.
Materia sobre la cual versó el dictamen: Diagnóstico tardío adenocarcinoma rectosigmoideo.

5.9- Fecha de realización del dictamen: abril 4 de 2018.
DEMANDANTE: Orlando Cardozo Rodríguez
DEMANDADOS: Hospital San Rafael Espinal Tolima, Cooperativa de Servicios Oftalmológicos del Tolima, Clínica OjosTolima, Instituto Oftalmológico del Tolima.
Materia sobre la cual versó el dictamen: Desprendimiento de retina.

5.10- Fecha de realización del dictamen: Abril 12 de 2018.
DEMANDANTE: Blanca Yaneth Herrera Sogamoso.
DEMANDADO: Dr Daniel A. García Cerón.
Materia sobre la cual versó el dictamen: Hemorragia postparto

5.11- Fecha de realización del dictamen: octubre 22 de 2018.
DEMANDANTE: Yenny Maritza Neme Angulo
DEMANDADO: Cirujano quien realizo la lipooescultura.
Materia sobre la cual versó el dictamen: perforación de colon a nivel del ángulo esplénico durante liposucción.

5.12- Fecha de realización del dictamen: Bogotá, viernes 18 de agosto de 2017

Proceso: VERBAL-RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL
#2016-0382. AUTORIDAD SOLICITANTE: Magistrado del Tribunal Superior del
Distrito Judicial de Bogotá. Sala Civil. Magistrada Clara Inés Márquez Bulla.
Radicación Correspondencia BOG-2018-012191.

NC 110013103003201600313 02.

DEMANDANTE: CLAUDIA AIDALI BAUTISTA OVIEDO C.C. 53.0 67.099

DEMANDADO: RUFINO CASALLAS GORDILLO C.C. 3.242.104, Hospital
Nuestra Señora de las Mercedes de Funza, PROINFO IPS.

Materia sobre la cual versó el dictamen: Caso de Ortopedia, Cirugía Vascular
Periférica. Fractura de Olecranon tipo IIIC (Trauma vascular). + Síndrome
compartimental - Sección de arteria humeral con trombo prebifurcación.

Amputación Supracondílea del miembro superior derecho.

Citada y realizada el día 19 de julio de 2018

5.13- Fecha de realización del dictamen: Bogotá, 9 de noviembre de 2017.

NC 110013103003201600313 02.

AUTORIDAD SOLICITANTE: Juzgado 19 Civil del Circuito de Bogotá.

DEMANDANTE: Claudia Patricia Jiménez Benavides.

DEMANDADOS: EPS Humana Vivir; I.P.S. Previmedica; Jorge Luis Bonafante
Mora; Alejandra Duarte Vallejo; Carolina María Díaz Rodríguez.

Materia sobre la cual versó el dictamen: Choque séptico secundario a
apendicitis + Peritonitis.

Audiencia de Juicio Oral: Citada y realizada el día 19 de julio de 2018

5.14- Fecha de realización del dictamen: noviembre 23 de 2017.

DEMANDANTE: Martha Cecilia Bejarano Bermúdez madre del paciente con
Dx: parálisis cerebral llamado Andrés Camilo Fresneda.

DEMANDADO: Fisioterapeuta de la IPS Humana Vivir.

Materia sobre la cual versó el dictamen: muerte por broncoaspiración durante
síndrome convulsivo desencadenado durante procedimiento de Fisioterapia.

5.15- Fecha de realización del dictamen: Bogotá, viernes 18 de agosto de 2017

DEMANDANTE: Rocío Rodríguez Osorio

DEMANDADO: Hospital El Tunal.

Materia sobre la cual versó el dictamen: Cuerpo extraño en mucosa vaginal
postcesárea + Pomeroy.

5.16- Fecha de realización del dictamen: Bogotá, febrero 1° de 2016.

DEMANDANTE: Carol Vivian Díaz Peña.

DEMANDADO: Doctor? Carlos Rincón.

Materia sobre la cual versó el dictamen: corrección quirúrgica de astigmatismo
por quien dijo ser médico oftalmólogo. En el posquirúrgico inmediato la paciente
presentó disminución de la agudeza visual + Fotofobia.

5.17- Fecha de realización del dictamen: 13 de mayo de 2016

DEMANDANTE: Carolina Andrea Franco Calle.

DEMANDADA: Cafesalud IPS- Dermatología.

Materia sobre la cual versó el dictamen: Diagnóstico Tardío. Carcinoma
Basocelular nodular en mejilla izquierda.

5.18 Fecha de realización del dictamen: 23 de febrero de 2016

DEMANDANTE: Martha Yolanda Cadena viuda de Castañeda

DEMANDADO: Doctor? Alvaro Colmenares Gracianni

Materia sobre la cual versó el dictamen: necrosis y pérdida inmediata de 3 dedos del pie derecho postaplicación de presunta sustancia esclerosante para vena várice.

5.19- Fecha de realización del dictamen: 10 de mayo de 2016.

DEMANDANTE: Sebastián García.

DEMANDADO: Hospital Simón Bolívar- Departamento de Cirugía Pediátrica.

Materia sobre la cual versó el dictamen: Nefrectomía por estallido renal derecho, cirugía indicada. No se halló error Médico.

5.20- Fecha de realización del dictamen: 26 de enero de 2016

Autoridad solicitante: Fiscalía General de la Nación.

DEMANDANTE: MARTHA Cecilia Jamaica García

DEMANDADA: EPS SOL SALUD

Materia sobre la cual versó el dictamen: muerte de paciente con Cancer de seno no intervenida oportunamente por trámites administrativos.

5.21- Juzgado Tercero Promiscuo Municipal, citada en el año 2010, se desconocen otros datos.

5.22- Juzgado Promiscuo Municipal de Bojacá.

Radicación de correspondencia BOG-2015-005621.

DEMANDADO: Médico representado por abogado de Fepasde quien estuvo asesorado por la Médica- dra Martha Barreto.

Audiencia de Juicio Oral: Citada y realizada el día 14 de abril de 2015.

Materia sobre la cual versó el dictamen: Caso de Ginecología.

5.23-- Juzgado 15 Penal Municipal con Función de Conocimiento, Fiscalía 335 local.

Radicación de Correspondencia BOG-2012-007433.

DEMANDANTE: Olga de Jesús Valbuena, caso de Ginecología.

Audiencia de Juicio Oral: citada y realizada el día 12 de noviembre de 2015

5.24- Fiscalía 112 Local Delegada ante los Jueces Penales Municipales.

Radicación de correspondencia BOG-2009-021657.

NC 110016000024200902392.

DEMANDANTE: Diana Marcela Tovar Castro, Caso de Ginecología.

Audiencia de Juicio Oral citada y realizada en noviembre de 2015.

5.25 - Juzgado 34 Administrativo Oral del Circuito.

Radicación de Correspondencia BOG-2017-003983. NC
110013336034201460700

DEMANDANTE: Rocío Rodríguez Osorio.

DEMANDADO: Hospital El Tunal

Materia sobre la cual versó el dictamen: Caso de Ginecología- Cuerpo extraño- aguja quirúrgica en vagina postcesárea + Pomeroy.

5.26-Juzgado 61 Administrativo del Circuito Judicial de Bogotá – Sección Tercera, Radicación de Correspondencia BOG-2016-013977.

DEMANDANTE: Adriana Milena Perilla.

DEMANDADO: Hospital El Tunal, Hospital Santa Clara.

Audiencia de Juicio Oral: Citada y realizada el 8 de agosto de 2017.

Materia sobre la cual versó el dictamen: Caso de Endocrinología, Psiquiatría-Hiperprolactinemia.

5.27 -Juzgado 32 Administrativo del Circuito.

Radicación Interna GCLF-DRB-06654-C-2016

DEMANDANTE: María Fernanda Acevedo García.

Nombre del Paciente: Sebastián García Acevedo (menor de edad).

DEMANDADO: Hospital Simón Bolívar. Caso de Nefrología.

Audiencia de Juicio Oral: Citada y Realizada el 15 de marzo de 2018.

5.28-Juzgado 42 Penal del Circuito con Función de Conocimiento-Rama Judicial Consejo Superior de la Judicatura.

NC 110016000049201201951.

Delito: Falsedad en Documento Privado- Estafa Agravada-Abuso de Condiciones de Inferioridad.

DEMANDANTE: José Guillermo Rueda Forero. Caso de Cáncer renal irreal.

DEMANDADO: Médico Urólogo- Abogado Representante Guillermo Mendoza Diago.

Citada y realizada el 2 de abril de 2018.

5.29-Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá-Sala Civil. Magistrado Ricardo Acosta Buitrago.

DEMANDANTE: José de Jesús Lozano Mejía.

DEMANDADA: Clínica Universitaria Colombia- Colsanitas.

Materia sobre la cual versó el dictamen: Caso de Hipercoagulación posvalvuloplastia aórtica (mecánica).

Citada y realizada el 12 de junio de 2018.

Nota: no está referenciada la totalidad de las audiencias de Responsabilidad Profesional ni la totalidad de Audiencias de otro tipo de Peritazgos, por falta de una base de datos suficientemente robusta.

6-Si he sido designada en procesos anteriores por el mismo apoderado de la parte.

7-No me encuentro incurso en las causales contenidas en el artículo 50, en lo pertinente.

8-Declaro que los métodos efectuados para la realización de mis Dictámenes Periciales son siempre los mismos: Análisis de la información contenida en las Historias Clínicas del Caso y Revisión de la Literatura específica + Revisión Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud y Protección Social, respectivas + Revisión Textos que versen sobre el tema.

9-Los Métodos efectuados, ya enunciados, para la realización del presente Dictamen Pericial, son los mismos que he utilizado en el ejercicio de mi profesión.

Metodología: La aplicación del método científico en el desarrollo de las valoraciones medicolegales utilizado en el contexto específico de cada caso; como se establece en el procedimiento Abordaje Medicolegal de Casos Relacionados con Responsabilidad Profesional en Atención en salud DG-M-P-91 Versión: 01 de 29 de diciembre de 2017.

Al final del presente Informe Técnico Médicolegal relaciono la Bibliografía consultada; después del Resumen de la Historia Clínica, sistemáticamente realizo la revisión teórica, resaltando, en los temas consultados, los argumentos científicos que sustentan el Análisis, el Manejo esperado y la Conclusión Medicolegal.

DICTAMEN PERICIAL

Caso No: BOG- 0001-FCIM-2020

Apoderado: Abogado Dr Camilo Iván Machado Rodríguez.

Fecha de Presentación del Informe: 15 de marzo de 2022.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: JAIRO ANTONIO BARRAGAN ACOSTA

Procedente de Bogotá.

CC No: 79.119.986

Fecha de nacimiento: mayo 3 de 1962

Edad actual: 58 años.

Estado civil: Separado

Profesión: Publicista

Ocupación: Empleado Procuraduría.

MOTIVO DE LA PERITACIÓN: "Me estaban tratando por una úlcera en el ojo, la doctora me perforó la córnea"

INFORMACION DISPONIBLE: Historia Clínica Oftalmosanitas Ltda, Historia Clínica EPS Sanitas, Historia Clínica Sociedad de Cirugía Ocular, distribuida en 13 folios que suman 311 folios.

HISTORIA CLÍNICA OFTALMOLOGICA

Fecha de atención: martes, 10 de septiembre de 2013 - 3:47 PM

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente de 48 años de edad, asiste a valoración por antecedente de queratocono, usa lentes de contacto rígidos; Manifiesta leve disminución de agudeza visual

ANTECEDENTES:

Patológicos: negativos.

Quirúrgicos: colecistectomía, colostomía.

Traumatológicos: negativos. Toxicológicos: negativos.

Farmacológicos: negativos.

FAMILIARES: madre: DM, padre: ca gástrico

ANTECEDENTES OFTALMOLOGICOS:

Uso de lentes: LCRGP

Quirúrgicos: negativos. - Med. tópicos: no gotas. Trauma ocular: negativos

Agudeza visual: OD 20/400; OI 20/40

Enf. neurológica: no, alt coagulación: no, cáncer: no, VIH: no

- Examinador MEDINA SIERVO CARLOS AUGUSTO

BIOMICROSCOPIA Cornea clara, cámara anterior bien formada, pupila central redonda,
CRISTALINO Transparente ambos ojos
RETINA Y VITREO: Medios claros. Nervio Optico de bordes bien definidos y coloración normal con excavación papilar de 0.3 ao
IMPRESION DIAGNOSTICA: QUERATOCONO AO

PLAN: paciente con disminución de agudeza visual con antecedente de queratocono, se solicita pentacam optometria y control con resultados
MEDINA SIERVO CARLOS AUGUSTO MD.Oftalmólogo,Cornea - CC 80415174 - EVOLUCION , INTERCONSULTA

FECHA: viernes, 10 de enero de 2014 HORA: 9:46 a. m. EDAD: 51 Año(s)

IDX: QUERATOCONO AO

Asiste a control trae reoprt de optometria OD:-3,00-1,25x30 20/100 OI:-2,25-1,50x170 20/40.

Pentacam OD: Q: -Q,87,K1:5Q,1 K2: 51,1, elevación de cara anterior+37,elevación de cara posterior +90,paquimetria central 412, punto más delgado 386, Índices de queratocono fuera de limites normales TKC:KC 2- 3, belin ambrosio reporta ectasia en cara anterior y posterior. OI: Q: -0,30,K1:44,Ü K2: 47,2, elevación de cara anterior+28,elevacion de cara posterior +63,paquimetria central 436, punto más delgado 418, índices de queratocono fuera de límites normales excepto OKI, TKC:KC 2, belin ambrosio reporta ectasia en cara anterior y posterior.

EXAMEN FISICO

AVLSC OD:20/400 OI:20/40

BIO AO: conjuntiva reposada, cornea clara, estrías de Voght centrales, cámara anterior formada sin células.

FONDO DE OJO (78D) AO: medios claros, papila redonda, rosada, de bordes definidos, exc 0,2buen anillo neural, macula con buen brillo foveal, patrón vascular normal, retina adherida.

IDX: AMETROPIA AO

EVOLUCION – INTERCONSULTA CIRUGÍA DE Córnea

FECHA: viernes, 14 de febrero de 2014 HORA: 10:36 a. m. EDAD: 51 Años

Paciente con queratocono en AO; se explica que por su edad y no progresión de la enfermedad no requiere qx , continuar ldc gp cita anual. Osorio Chacon Mario Md.- Oftalmólogo,Cornea

EVOLUCION- INTERCONSULTA

FECHA: lunes, 29 de agosto de 2016 HORA: 2:10 p. m. EDAD: 54 Año(s)

Paciente con queratocono AO en manejo con LO hace dos años no cambia formula de Lentes de Contacto.

Biomicroscopía: ojo derecho e izquierdo: cornea con estrias de vqgt1 en od – cámara anterior formada, cristalino claro, pio 12/12. Fdo discos de aspecto sano. exc 0.3/0.3, macula con disminución de brillo foveolar.

Impresión Diagnóstica: queratocono AO.

Plan. optometria., pentacam , control. Rolania Siculaba Hernan- Md. Oftalmólogo--

FECHA: viernes, 4 de noviembre de 2016 HORA: 2:18 p. m. EDAD: 54 años

IDX QUERATOCONO AO

Plan: se revisa historia clinica de 2014. Estabilidad de topografía, paciente desea valoracion cornea dr Osorio, no frote ocular. SS valoracion dr Osorio Oftalmosanitas. Polania Siculaba Hernan Md. Oftalmólogo

- 1- **AMETROPIA:** Defecto de refracción del ojo que impide que las imágenes se formen sobre la retina. La miopía es una forma de ametropía.
- 2-**ESTRIAS DE VOGT** son unas líneas verticales en el estroma profundo que se forman en pacientes con queratocono por el adelgazamiento de la córnea

FECHA: viernes 18 de noviembre de 2016 HORA: 12:05 p. m. EDAD: 54 Año(s)

Se revisan datos de pentacam y optometría se confirma diagnóstico de queratocono en ojo mayor en ojo derecho. Por la estabilidad topográfica y edad del paciente además de la buena tolerancia a lentes de contacto, no es candidato para cirugía, se recomienda continuar con Ldc. Osorio Chacon Mario-Md Oftalmólogo, Cornea

HISTORIA CLÍNICA EPS SANITAS

Agosto 10 2018 9:07 horas. UNIDAD URGENCIAS PUENTE ARANDA

TRIAGE clasificación 4: paciente con cuadro de un día de irritación conjuntival, lagrimeo y hoy al levantarse con secreción y dolor en hemicara derecha. Ana María Naranjo Escobar Médico General,

Motivo de consulta: "tengo el ojo rojo"

Enfermedad actual: paciente con cuadro clínico de 2 días de evolución ojo rojo asociado a secreción purulenta, prurito y dolor. Manifiesta distermias no cuantificadas, niega otra sintomatología asociada. Como antecedente patológico asociado queratocono, no antecedentes farmacológicos. Como antecedente familiar mamá diabética.

Al examen físico peso 71 kg talla 162 cm, signos vitales normales.

Hallazgos ojo derecho: conjuntiva hiperémica, esclera congestiva, secreción en epicanto interno purulenta.

Análisis y plan de atención: cuadro dos días de conjuntivitis.

DIAGNÓSTICO: CONJUNTIVITIS

Se prescribe: 1-Difenhidramina Clorhidrato, 1 cápsula cada 24 horas. 2-Corticoide + Neomicina + Polimixina Soloft. Aplicar 2 gotas cada 8 horas por 7 días. 3-Cefalexina 500mg, 1 cápsula cada 6 horas por 7 días. Doctor Jaime Lozano -Medicina General

SANITAS INTERNACIONAL EPS SANITAS.

Agosto 27 de 2018 motivo de consulta "tengo una cosa blanca en el ojo". Enfermedad actual: presenta lesión corneal no controlada con polimixina, neomicina más corticoide. Plan se solicita valoración por Oftalmología. Firma doctor David Felipe Alarcón Jordán - Medicina de General.

FECHA: lunes, 3 de septiembre de 2018 HORA: 3:00 p. m. EDAD: 56 Año(s)

MC:"me duele el ojo"

EA: paciente quien asiste a consulta por cuadro de ojo rojo, dolor ocular, sensación de cuerpo extraño, lagrimeo, parestesias faciales asociadas ipsilaterales.

Se ha aplicado mixoftal ordenado en consulta externa.

EXAMEN FÍSICO.

AV: SC OD 20/60 SG OI.20/40

BIOMICROSCOPIA:

OD: Párpados y anexos normales, conjuntiva con hiperemia ciliar asociada, córnea con ulcera corneal en media periferia inferior y nasal, con gran edema perilesional asociado, cámara anterior formada, humor acuoso transparente, iris normal, cristalino transparente.

Párpados y anexos normales, conjuntiva sana, córnea clara, cámara anterior formada, humor acuoso transparente, iris normal, cristalino transparente.

No se observan signos inflamatorios en el segmento anterior.

FONDO DE OJO:

OD: difícil evaluar por opacidad de medios

IDX: úlcera corneal en ojo derecho.

PLAN: se da manejo farmacológico con Gatifloxacina (quinolona de tercera generación que actúa sobre Gram + pero especialmente sobre Gram-, Neisseria G), se hacen recomendaciones, signos de alarma cita de control en consulta externa.

Betancourt López Felipe. MD. Oftalmólogo.

EVOLUCION - INTERCONSULTA

FECHA: miércoles, 5 de septiembre de 2018 **HORA: 8:52 a. m.** EDAD: 56 Años.

MC:"control"

EA: paciente quien asiste a consulta para control por Oftalmología, en manejo por úlcera corneal en ojo derecho. Refiere mejoría de dolor, mejoría parcial de ojo rojo, se encuentra en manejo con zymaxid (Gatifloxacina) + lubricante.

EXAMEN FISICO:

BIOMICROSCOPIA:

OD: Párpados y anexos normales, conjuntiva con .hiperemia ciliar, córnea clara con úlcera inferior y nasal paracentral con gran edema perilesional, se observa expansión de los infiltrados estromales y nuevas lesiones satélites perilesionales, cámara anterior formada, humor acuoso transparente, iris-normal, cristalino transparente. Párpados y anexos normales, conjuntiva sana, córnea clara, cámara anterior formada, humor acuoso transparente, iris normal, cristalino transparente.

No se observan signos inflamatorios en el segmento anterior.

IDX: úlcera corneal en ojo derecho. PLAN: se comenta con cornea, se decide continuar manejo farmacológico, se hacen recomendaciones, signos de alarma, cita de control en consulta externa. Betancourt López Felipe. MD. Oftalmólogo.

FECHA: viernes, 7 de septiembre de 2018 **HORA: 7:38 a. m.**

MC:"me siento mejor"

EA: paciente quien asiste a consulta para control por Oftalmología en manejo por úlcera corneal en ojo derecho. Refiere mejoría de dolor y de ojo rojo, en manejo con antibiótico topico y lubricante.

EXAMEN FISICO:

BIOMICROSCOPIA:

OD: Párpados y anexos normales, conjuntiva sana, córnea clara con úlcera corneal inferior y nasal en media periferia con adelgazamiento leve asociado, se observa disminución de edema perilesional, cámara anterior formada, humor acuoso transparente, iris normal, cristalino transparente.

OLPárpados y anexos normales, conjuntiva sana, córnea clara, cámara anterior formada, humor acuoso, transparente, iris normal, cristalino transparente.

No se observan signos inflamatorios en el segmento anterior.

IDX: úlcera corneal en od

PLAN: se continua manejo instaurado, se hacen recomendaciones, signos de alarma.

Betancourt López Felipe MD. Oftalmólogo.

FECHA: lunes, 10 de septiembre de 2018 **HORA: 7:41a. m.**

MC:"control"

EA: paciente quien asiste a consulta para control, se encuentra en manejo por úlcera corneal en ojo derecho, en manejo antibiótico y lubricante refiere mejoría de ojo rojo y dolor asociados.

EXAMEN FISICO:

BIOMICROSCOPIA: „

OD: Párpados y anexos normales, conjuntiva con leve hiperemia ciliar, córnea con úlcera paracentral inferior y nasal con disminución en el área de edema perilesional, ya

no se observan lesiones satélites, leve reducción del tamaño de la úlcera, cámara anterior formada, humor acuoso transparente, iris normal, cristalino transparente. OLPárpados y anexos normales, conjuntiva sana, córnea clara, cámara anterior formada, humor acuoso transparente, iris normal, cristalino transparente.

No se observan signos inflamatorios en el segmento anterior.

1DX: úlcera corneal en od

PLAN: se continúa manejo instaurado, se hacen recomendaciones, signos de alarma, cita de control en consulta externa. Betancourt López Felipe Md. Oftalmólogo

FECHA: jueves, 13 de septiembre de 2018 HORA: 7:41 a. m. EDAD: 56 Año(s)

MCTcontrol"

EA: paciente quien asiste a consulta para control por úlcera corneal en ojo derecho en manejo con antibiótico tópico y lubricante, no ha presentado empeoramiento del dolor.

EXAMEN FISICO:

BIOMICROSCOPIA:

OD: Párpados y anexos normales, conjuntiva con leve hiperemia ciliar, córnea con úlcera paracentral inferior y nasal con disminución en el área de edema perilesional, ya no se observan lesiones satélites, sin embargo en el control de hoy se observa endotelitis perilesional y células escasas en cámara anterior, leve reducción del tamaño de la úlcera, cámara anterior formada, humor acuoso transparente, iris normal, cristalino transparente.

OLPárpados y anexos normales, conjuntiva sana, córnea clara, cámara anterior formada, humor acuoso transparente, iris normal, cristalino transparente.

No se observan signos inflamatorios en el segmento anterior.

IDX: úlcera corneal en od

PLAN: **se decide cambiar a moxifloxacina**, se hacen recomendaciones signos de alarma cita de control en consulta. **El paciente tiene viaje al exterior, se explica la importancia del manejo farmacológico y el control, y la necesidad de quedarse en el país para control, el paciente solicita alternativas, la única posible seria en manejo fotografico diario y la posibilidad de volver, entendiendo el altísimo riesgo de pérdida ocular, se insiste que la mejor alternativa es quedarse.**

Betancourt López Felipe Md. Oftalmólogo

FECHA: lunes, 1 de octubre de 2018 HORA: 7:08 a. m.

MC:"control"

EA: paciente quien asiste a consulta para control por úlcera corneal en ojo derecho, en manejo con vígamox, lubricante, refiere mejoría de dolor, parcialmente de ojo rojo.

EXAMEN FISICO:

BIOMICROSCOPIA:

OD: Párpados y anexos normales, conjuntiva con hiperemia ciliar, córnea con úlcera inferior y nasal con punteado querático, sin erosión epitelial, cámara anterior formada; tyndall++, iris normal, cristalino transparente. OLPárpados y anexos normales, conjuntiva sana, córnea clara, cámara anterior formada, humor acuoso transparente, iris

Fenómeno de tyndall: presencia de corpúsculos que corresponden a proteínas y células inflamatorias en cámara anterior por inflamación del cuerpo ciliar)

normal, cristalino transparente. OLPárpados y anexos normales, conjuntiva sana, córnea clara, cámara anterior formada, humor acuoso transparente, iris normal, cristalino transparente.

No se observan signos inflamatorios en el segmento anterior,

IDX: úlcera corneal en ojo derecho. Uveitis secundaria. *

PLAN: se inicia manejo con corticoide sistémico, cita el miércoles, se hacen recomendaciones, signos de alarma, cita en consulta externa

Betancourt López Felipe MD. Oftalmólogo.

FECHA: miércoles, 3 de octubre de 2018 HORA.: 7:12 a. m.

MC: "control"

EA: paciente quien se encuentra en manejo por ulcera corneal en ojo derecho quien recibió corticoide sistémico, manejo lubricante y moxifloxacina.

Refiere mejoría de dolor y de ojo rojo

EXAMEN FÍSICO: -

BIOMICROSCOPIA:OD: Párpados y anexos normales, conjuntiva sana, córnea clara con lesión blanquecina sin tinción engrosada y edema estromal inferior y nasal en od, cámara anterior formada, humor acuoso transparente, iris normal, cristalino transparente.

OLPárpados y anexos normales, conjuntiva sana, córnea clara, cámara anterior formada, humor acuoso transparente, iris normal, cristalino transparente.

No se observan signos inflamatorios en el segmento anterior.

IDX: ulcera corneal en resolución

PLAN: se inicia manejo con corticoide. tópico, cita de control el viernes, se hacen recomendaciones signos de alarma. Betancourt López Felipe.MD. Oftalmólogo.

FECHA: viernes, 5 de octubre de 2018 HORA: 7:18 a. m.

Control de Urgencias

DX: úlcera corneal OD

S/asiste a control; sintomático, usa cortioftal cada 8h, freegen. Usa LCGP

EXAMEN

Agudeza visual:

Sin corrección OD: 20/60; BM OD: sin collarettes en pestañas, parpados bien posicionados, conjuntiva tranquila, cornea transparente, estrías centrales, leucoma paraxial en M4 aprox 3mm de diámetro, sin tinción, cámara anterior grado III, pupila central, redonda, cristalino transparente.

OI: sin collarettes en pestañas, párpados bien posicionados, conjuntiva tranquila, cornea transparente, estrías centrales, NO tiñe, cámara anterior grado III, pupila central, redonda, cristalino transparente PIO ODI: IO mmHg FO SIN DILATACION CON LENTE SUPERF1ELD -

ODI: papila rosada, de bordes definidos, excavación 0.3, macula sin brillo

DX: ametropia AO + queratocono AO + **úlceras corneal OD resuelta** + leucoma residual OD

PLAN: cortioftal (metilprednisolona) OD cada 6h por 1 mes, freegen OD cada 4h continuo, signos claros de alarma, SIN uso de LC en OD por 1 semana. TORRES QUINCHE LIZT KAROLINA MD. Oftalmólogo

FECHA: Noviembre 2 de 2018:Paciente de 56 años con historia de queratocono de 20 años de evolución manejado con lentes de contacto rígidos. Molestia en ojo derecho. Valorado por Médico General con diagnóstico úlcera corneal, diagnóstico conjuntivitis aguda, valorado en clínica Colombia con diagnóstico úlcera corneal. Gatifloxacina,lubricante, corti,

Agudeza visual ojo derecho 20/800; ojo izquierdo 20/100. Examen externo ilegible...Leucoma.

FECHA: miércoles, 7 de noviembre de 2018 HORA: 7:19 a. m. Paciente con dx de ulcera cicatrizal en od, en tto con cortioftal + oq tears + zymlaran. Refiere persistencia de mala visión. Ultimas rx hace 5 años. Paciente usuario de lentes de contacto.

E. Clínico: Av OD 20/400 OI 20/30, reflejos pupilares normales, moe normales, bío od disminucion del menisco lagrimal, cornea clara, tincion -, absceso intraestromal

central, cristalino transparente. Oí disminución del menisco lagrimal, cornea clara, cristalino transparente. PIO 15/15 mmHg. F ojo od no valorable por opacidad de medios oi cup 0.2, retina aplicada, brillo macular presente -

Dx 1. Absceso intraestromal od de posible origen micótico

Plan: cita por cornea, continuar con zymarán, continuar con cortioftal, se adiciona fluconazol + natamicina (se hace mipres). Se explica enfermedad y pronóstico visual
Correa Jaramillo Oscar Ivan Md. Oftalmólogo.

FECHA: miércoles, 7 de noviembre de 2018 HORA: 8:20 a, m, EDAD: 56 Años

CITA EXTRA DE URGENCIAS - CORNEA Edad 56a DX: absceso corneal OD

S/refiere mancha blanca OD octubre 31 de 2018. Ha estado en manejo con zimarán.+ cortioftal. Desde hoy inicio de natamicina. Asiste a control, sintomático, usa cortioftal cada 8h+ freegen. Usa LCGP por queratocono

EXAMEN Agudeza visual:

Sin corrección OD: MM 50cm tenia PH: 20/60

BM OD: sin collarettes en pestañas, párpados bien posicionados, conjuntiva con leve congestión, NO secreción, epitelio corneal íntegro, lesión blanquesina estromal y endotelial de 7mm horizontal x5mm vertical son siembras satélites, SIN tinción, cámara anterior grado III, pupila central, redonda, cristalino transparente

Oí: sin collarettes en pestañas, párpados bien posicionados, conjuntiva tranquila, cornea transparente, estrías centrales, NO tinte, cámara anterior grado III, pupila central, redonda, cristalino transparente PIO ODI: digital normal

FO SIN DILATACION CON LENTE SUPERFIELD

ODI: papila rosada, de bordes definidos, excavación 0.3, macula sin brillo

DX: ametropía AO + queratocono AO + absceso corneal OD

CONCEPTO: paciente visto en octubre de 2018 con úlcera corneal resuelta, estaba en remodelación de leucoma con cortioftal. Ahora refiere desde hace 1 semana lesión en aumento de tamaño en OD con reducción de la visión, en el momento por su morfología muy sugestiva de ser micótica - niega noción de contagio vegetal PLAN: se comenta caso con DR Tovar y DR Holguín, **se coincide en que por las características de la lesión actual la etiología probable es la micótica, por lo que se indica: desepitelización corneal para ingreso de natamicina a nivel de estroma corneal, inicia natamicina cada 1h por 3 días, luego cada 2h**, toma de perfil hepático pre tto con fluconazol vo 200mg cada 12h por 5 días, luego cada 24h por 5 días mas 6, Control estrecho !!!, signos claros de alarma. Se volverá a ver cuando tenga la natamicina para realización de desepitelización corneal.

Se explica la condición y el largo tiempo de recuperación que tomará, como la posibilidad de secuelas como leucoma de densidad importante que afecte la visión

TORRES QUINCHE LIZT KAROLINA MD. Oftalmólogo.

Noviembre 8 de 2018

Laboratorio Clínico Colsanitas: reporte de transaminasas normal, persiste hiperbilirrubinemia de 1.60 con indirecta de 1.17 y directa de 0.43mg/dl, fosfatasa alcalina de 142.19 U/L (normal 35 – 105)

3-Cámara anterior grado III: III o IV significa apertura del ángulo abierta, intermedia II y estrecha I.

4-Collarettes en pestañas: un collarete es una formación anular, irregular alrededor del eje de las pestañas que se produce por inflamación de las glándulas sebáceas de Meibomio previa obstrucción de las mismas. Puede ser estafilocócica, seborreica o mixta.

5-Leucoma: es la opacificación de la córnea. Provoca pérdida de la agudeza visual.

FECHA: martes, 13 de noviembre de 2018

CITA EXTRA - CORNEA - EDAD 56A Dx: absceso corneal OD

S/ asiste el día de hoy SIN natamicina, - no se la han entregado y no puede costearla. Desde hoy inició fluconazol. Continuó usando zimaxid 8h + cortioftal cada 8h + oQtears cada 8h. _

Trae: labs nov 08 de 2018

Fosfatasa alcalina: 142u/l normal hasta 1G5u/l

ALAT 28.70U/l, normal hasta 41 u/l

ASAT 20.20 normal hasta 38.00 -

Bilirrubina total 1.60mg/gl normal hasta 1.00mg/dl

Bilirrubina directa 0.43mg/dl, normal hasta 0.3mg/dl ,

Bilirrubina indirecta 1.17mg/dl

EXAMEN Agudeza visual:

Sin corrección OD: 20/150 PH 20/60 tenía MM 50cm tenía PH: 20/ 60

8M OD: sin collarettes en pestañas, párpados bien posicionados, conjuntiva con remisión de la leve congestión, NO secreción, epitelio cornea! íntegro, lesión blanquesina estromal y endotelial de mas densa de 4x4mm, antes era 7mm horizontal x5mm vertical son siembras satélites, no tiñe, cámara anterior grado III, pupila central, redonda, cristalino transparente.

OI: sin collarettes en pestañas, párpados bien posicionados, conjuntiva tranquila, cornea transparente, estrías centrales, NO tiñe, cámara anterior grado III, pupila central, redonda, cristalino transparente

PIO ODI: digital normal

FO SIN DILATACION CON LENTE SUPERFÍELD (marca del lente)

ODI: papila rosada, de bordes definidos, excavación 0=3, macula sin brillo DX: ametropía ÁO + queratocono AO + absceso corneal OD

CONCEPTO: paciente con lesión estromal profunda y endotelial OD por su morfología muy sugestiva de ser micótica - niega noción de contagio vegetal. NO se ha podido iniciar tratamiento tópico - requiere desepitelización corneal para su acción. Hasta hoy inició tto sistémico pero las bilirrubinas y fosfatasa alcalina elevadas pretratamiento, La lesión en cornea en OD está discretamente más limpia que en cita previa, incluso hoy con mejor AV OD PLAN:

S/S val por Medicina Interna para estudio hepático. Estamos a la espera de conseguir medicación tópica - natamicina para inicio de tratamiento - MUY URGENTE, ante riesgo de pérdida del globo ocular!!!!

Sigue con Fluconazol vo 200mg cada 24h (se cambió esquema por lo hallazgos de función hepática). Control DR Tovar/Dr Holguin nov 14 de 2018 (PM)

Suspender el cortioftal - " -

Se volverá a ver cuando tenga la natamicina para realización de desepitelización corneal

Se explica la condición y el largo tiempo de recuperación que tomará, como la posibilidad de secuelas como leucoma de densidad importante que afecte la visión.

TorresQuinche Lizt Karolina Md. Oftalmólogo

EVOLUCION - INTERCONSULTA

FECHA: martes, 13 de noviembre de 2018 HORA: 9:59 a. m. EDAD: 56 Año(s)

Cita mal asignada. Buchheim Duarte Ana María. Md. Oftalmólogo.

EVOLUCION - INTERCONSULTA

FECHA: miércoles, 14 de noviembre de 2018 HORA: 3:05 p. m.

Viene a control de Absceso Intraestromal de OD

Refiere hoy se siente con un poco más de molestia ocular y dice ya le entregan Natamicyna y quiere iniciar tratamiento

BiO: **Conjuntiva normal Córnea Con lesión blanquesina intraestromal con algunas satélites de aspecto similar Cámara anterior con células 4+ y con hipopion del 15% de** posible origen inflamatorio más que infeccioso PLAN/. Se hara frotis y KOH de lesión corneal para iniciar manejo con Natacyn Control en 2 días. Tovar Ucros Francisco. Md. Oftalmólogo.

FECHA: miércoles, 14 de noviembre de 2018 HORA: 5:01 p. m.

Prevía anestesia tópica se realiza raspado corneal de OD con aguja 20 y se coloca en dos placas de vidrio material obtenido con solución salina balanceada **para frotis de KOH y se hace además muestra con escobillón en estéril para luego introducir en medio cultivo Se envía a laboratorio**

PLAN/ Se inicia Natacyn cada hora y Ciclopentolato cada 6 hrs para control de dolor Se da incapacidad de 8 días a partir de hoy Cita control jueves. Tovar Ucros Francisco. Md Oftalmólogo.

FECHA: jueves, 15 de noviembre de 2018 HORA: 8:06 a. m.

CITA EXTRA - CORNEA - EDAD 56A Dx: absceso corneal OD

S/ inició natamicina desde NOV 14 de 2018. EN tto fluconazo! 2QGmg cada 24h + acetaminofen Trae: Gram de frotis corneal tomado ayer en consultorio: NEGATIVO PARA HONGOS, REACCION LEUCOCITARIA AUSENTE, NO SE OBSERVAN GERMENES '

Labs nov 08 de 2018

Fosfatasa alcalina: 142u/l normal hasta 105u/l

ALAT 28.70U/l, normal hasta 41 u/l _ . '

ASAT 20.20 normal hasta 38.00

Bilirrubina total 1.60mg/dl normal hasta 1.00mg/dl „ \

Bilirrubina directa 0.43mg/dl, normal hasta 0.3mg/d) '

Bilirrubina indirecta 1.17mg/dl - -

EXAMEN

-Agudeza visual: Tenia pre inicio de tto: Sin corrección OD: 20/150 PH 20/60 tenia-MM 50cm tenia PH: 20/ 60 BM OD: sin collaretes en pestañas, parpados bien posicionados, conjuntiva con congestión leve, no secreción, **epitelio corneal efecto iatrogenico** sobre el area de la mayor densidad del absceso, absceso estromal y endotelial mas densa de 4x4mm, antes era 7mm horizontal x5mm vertical **son siembras satélites**, cámara anterior grado III, hipopion 1.1mm, pupila central, redonda, cristalino transparente

OI: sin collaretes en pestañas, parpados bien posicionados, conjuntiva tranquila, cornea transparente, estrías centrales, NO tiñe,"cámara anterior grado III, pupila central, redonda, cristalino transparente PIO ODI: digital normal

FO SIN DILATACION CON LENTE SUPERFIELD

ODI: papila rosada, de-bordes definidos, excavación 0.3, macula sin brillo

DX: ametropia AO + queratocono AO + absceso corneal OD;en tratamiento

CONCEPTO: paciente con lesión estromal profunda y endotelial OD por su morfología muy sugestiva de ser micótica - niega noción de contagio vegetal. Lleva menos de 24h de inicio de.tto médico tópico. Con desepiteliación corneal del tamaño del absceso, por lo que por ahora NO requiere nuevo debridamiento.

PLAN: Sigue igual con natamicina cada 24h, no encontró ciclogyl por lo que cambio a tropicamida. inicio dexámetsosna IM hoy, nueva dosis en 2 días. Control NOV 17 de 2018, 8:1 Oam Sigue con Fluconazo! vo 200mg cada 24h. TORRES QUINCHE LIZT KAROUNA MD. Oftalmólogo

EVOLUCION - INTERCONSULTA

FECHA: sábado, 17 de noviembre de 2018 HORA: 8:11 a. m.

CONCEPTO: paciente con lesión estromal profunda y endotelial OD por su morfología muy sugestiva de ser micótica - niega noción de contagio vegetal. Con remisión del hipopion, las siembras satélites han confluido. Con cierre parcial de la desepitelización corneal por lo que se requiere nueva ampliación. PLAN: Bajo anestesia local y Vigamox se realiza debridamiento epitelial corneal sobre el tamaño del absceso corneal. Sin complicaciones.

Sigue con natamicina cada 24h, tropicamida + dexametasona IM. Control NOV 19 de 2018, 8:1 Oam. Sigue con Fluconazol vo 200mg cada 24h. Torres Quinche Lizt Karolina

El paciente continúa igual manejo: la misma medicación + desepitelización interdiaria. Ha disminuido el dolor. Según control del 19 de noviembre de 2018 epitelio corneal con mínimo defecto iatrogénico sobre el área de la mayor densidad del absceso, absceso estromal y endotelial más densa de 3x3mm, antes era 7mm horizontal x5mm vertical. Son siembras satélites que han confluido, cámara anterior grado III, remisión del hipopion, pupila central, redonda, cristalino transparente.

SANITAS EPS

Noviembre 21 2018 VALORACIÓN POR MEDICINA INTERNA.

Paciente remitido por Oftalmología por elevación de bilirrubinas y fosfatasa alcalina. Presenta también hiperbilirrubinemia indirecta leve. Se solicita perfil hepático, química sanguínea, extendida sangre periférica. Firma doctor Leonardo Camacho Cruz - Medicina Interna.

FECHA: miércoles, 5 de diciembre de 2018 HORA: 4:18 p. m.

IMPRESION Mejoría

PLAN/ Se evalúa con Dr Holguín y se decide continuar igual manejo dejando desde el viernes Natacyn cada 4 hrs y control periódico. Por mejoría lenta pero progresiva se considera por ahora NO necesario Cross Linking. Control el viernes. Tovar Ucross Francisco.MD. Oftalmólogo.

FECHA: viernes, 21 de diciembre de 2018 HORA: 7:24.a. m.

CONCEPTO: Sigue sin hipopion a pesar de que ha empezado a espaciar tiempo de aplicación de dexametasona IM, las siembras satélites han confluido y hoy se ve más limpio y menos denso el infiltrado principal.

PLAN: se amplía NUEVAMENTE defecto epitelial. Sigue con natamicina cada 4h hasta el control + atropina cada 12h+ dexametasona IM cada 4-5 d - para evaluar posibilidad de destete. Control dic 26 de 2018 – con Dr Betancurt. Torres Quinche Lizt Karolina.

FECHA: miércoles, 26 de diciembre de 2018 HORA: 7:15 a. m. EDAD: 56

Año(s)MTC: "control" EA: paciente quien asiste a consulta para control por Oftalmología por absceso corneal en ojo derecho y úlcera de probable origen micótico en manejo con atropina, natamicina, dexametasona.

Refiere disminución de agudeza visual.

EXAMEN FISICO:'

6-Cross-linking corneal: aplicación de solución de Riboflavina (B2) sobre la córnea hasta un determinado nivel de absorción. Posteriormente se expone a una fuente de luz ultravioleta (UVA), que genera una reacción fotoquímica en el tejido corneal (liberación de radicales libres de oxígeno). Esto a su vez induce la formación de enlaces nuevos entre las fibras de colágeno, mejorando la estructura de la cornea transparente y aumentando su fuerza. La indicación más frecuente es el tratamiento conservador de los pacientes con queratocono progresivo, patología que consiste el

abombamiento progresivo de la córnea que genera astigmatismo irregular y pérdida de la visión)

7-Lente **Superfield** (lente magnificador de imagen, excelente resolución) útil para fundoscopia.

FECHA: miércoles, 26 de diciembre de 2018 HORA: 7:15 a. m. EDAD: 56 Año(s)
MTC: "control"

EA: paciente quien asiste a consulta para control por Oftalmología por absceso corneal en ojo derecho y ulcera de probable origen micotico en manejo con atropina, natamícin, dexametasona.

Refiere disminución de agudeza visual.

EXAMEN FISICO:'

BIOMICROSCOPIA:

OD: Párpados y anexos normales, conjuntiva con hiperemia ciliar, córnea con ulcera corneal central y edema perilesional asociado, melting central, atalamia, iris normal

OLPárpados y anexos normales, conjuntiva sana, córnea clara, cámara anterior formada, humor acuoso transparente, iris normal, cristalino transparente:

'No se observan signos inflamatorios en el segmento anterior.

IDX: ulcera corneal perforada -

PLAN: se pasa a cirugía para recubrimiento conjuntival o parche escleral o parche de metilmetacrilato URGENTE. Betancourt López Felipe MD. Oftalmólogo

FECHA: miércoles, 26 de diciembre de 2018 HORA: 1:57 p. m. EDAD: 56 Año(s)

SOCIEDAD DE CIRUGÍA OCULAR S.A.

Servicio de Cirugía Oftalmológica Ambulatoria.

URGENCIA

Paciente enviado para recubrimiento conjuntival por inminencia de perforación corneal de od, no refiere dolor en el momento, está usando natamicina cada 4 horas.

Antecedentes: usuario de lentes de contacto por queratocono antecedentes sistémicos negativos. Agudeza visual sin corrección, **Ojo derecho percibe luz.**

OD: conjuntiva con leve hiperemia, ulcera corneal central de 6 mm con tinción sin evidencia de seidel, con pliegues leves en descemet y camara panda, pupila hiporeactiva, muy difícil ver mas detalles plan: se explican hallazgos, paciente sin evidencia en el momento de seidel pero con signos de inminencia de perforación, por lo que se envía a salas de cirugía para recubrimiento conjuntival por, si se logra evidenciar perforación menor a 5 mm se pondrá cianoacrilato (pegamento biocompatible que reemplaza y supera la dispendiosa sutura). Se explica al paciente procedimiento entiende y acepta. Velasco González Catalina- MD. Oftalmólogo

FECHA: jueves, 27 de diciembre de 2018 HORA: 1:24 p. m.

Paciente con IDX:

1, POP parche conjuntival por ulcera perforada en OD

- Antecedentes: usuario de lentes de contacto por queratocono antecedentes sistémicos negativos.

S/ asiste a control asintomático, está usando natamicina cada 4 horas y vigadexa cada 4 horas

OD: conjuntiva con leve hiperemia difusa, parche conjuntival adecuado, no hay evidencia de seidel, suturas en posición, cámara formada, panda. Por presencia de suturas expuestas se deja lente de contacto.

Plan: pop adecuado, se explican hallazgos, se indica continuar igual manejo y se hará nuevo control en 2 días, recordando signos de alarma y recomendaciones generales.

Velasco González Catalina. MD. Oftalmólogo

FECHA: sábado, 29 de diciembre de 2018 HORA: 8:12 a. m. EDAD: 56
Año(s)

Paciente con IDX:

1, POP parche conjuntival por úlcera perforada en OD Antecedentes: usuario de lentes de contacto por queratocono antecedentes sistémicos negativos.

S/ asiste a control, está usando natamicina cada 4 horas y vigadexa cada 4 horas, refiere ocasional dolor leve.

Se retira lente de contacto

OD: conjuntiva con leve hiperemia difusa, hemorragia conjuntival inferior, parche conjuntival adecuado, no hay evidencia de seidel, suturas en posición, cámara formada, Algunas suturas expuestas.

Plan: pop adecuado, se explican hallazgos, Se coloca nuevamente lente de contacto, se indica continuar igual manejo y se hará nuevo control en 4 días, recordando signos de alarma y recomendaciones generales. Se habla sobre posibilidad de usar gafas para corrección visual de ojo izquierdo mientras continua en manejo de úlcera de ojo derecho.

Velasco González Catalina MD, Oftalmólogo

FECHA: jueves, 3 de enero de 2019 HORA: 8:13a. m.

Paciente con IDX:

1, POP, parche conjuntival por úlcera perforada en OD Antecedentes: usuario de lentes de contacto por queratocono antecedentes sistémicos negativos.

S/ asiste a control, está usando natamicina cada 4 horas y vigadexa cada 4 horas, refiere ocasional dolor leve.

Se retira lente de contacto

OD: conjuntiva con leve hiperemia difusa, hemorragia conjuntival inferior en disminución, parche conjuntival adecuado, no hay evidencia de seidel, suturas en posición, sutura inferonasal ligeramente suelta, cámara formada central panda en periferia, absceso central estromal sin cambios en el tamaño y cubierto en su porción nasal por el parche por lo que es difícil evaluar extensión. Tono digital medio.

Plan: se explican hallazgos, evolución estable, se coloca nuevamente lente de contacto, ss/ ecografía ocular para evaluar estado ocular, se indica continuar igual manejo y se hará nuevo control en 1 semana en conjunto con especialista de cornea. Se dan signos de alarma y recomendaciones generales. Velasco González Catalina MD. Oftalmólogo

FECHA: jueves, 10 de enero de 2019 HORA: 1-2:28 p. m.

Paciente con IDX:

1, POP parche conjuntival por úlcera perforada en OD

Antecedentes: usuario de lentes de contacto por queratocono, antecedentes sistémicos negativos.

S/ asiste a control, está usando natamicina cada 4 horas y vigadexa(moxifloxacina+dexametasona) cada 4 horas,- refiere ocasional dolor leve.

OD: conjuntiva con hiperemia difusa, parche conjuntival en raqueta adecuado, no hay evidencia de seidel, suturas en posición expuestas, cámara panda, absceso central estromal sin cambios en el tamaño y cubierto en su porción nasal por el parche por lo que es difícil evaluar extensión. Tono digital medio.

Plan: se explican hallazgos, se valora paciente en conjunto con Dr Holguin, se decide iniciar vancomicina cada 2 horas y suspender vigamox, continuar natamicina cada 6 horas y **se dan órdenes para queratoplastia urgente**. Velasco González Catalina - MD. Oftalmólogo

FECHA: sábado, 12 de enero de 2019 HORA: 11:36 a. m.

Pop día 1 de queratoplastia tectónica en caliente por ulcera infecciosa perforada od sí refiere sentirse bien, niega dolor, aplica vancomicina cada 2 hrs y natamicina cada 6 horas

OI: conjuntiva tranquila, algo de secreción mucoide, no inyección conjuntival, cornea con injerto opaco, suturas en buen estado, no seidel. Camara-estrecha pero formada, iris y pupila con zonas de atrofia, difícil ver más detalles por opacidad de medios **tono digital aumentado en od.**

Plan: continuar colirios, iniciar atropina cada 12 hrs y krytantek cada 8 hrs en od, recomendaciones y signos de alarma. Control en 48 hrs. Holguin Romero Luis Daniel - Md. Oftalmólogo.

FECHA: miércoles, 16 de enero de 2019 HORA: 2:10 p. m.

5 días POP queratoplastia tectónica y extracción de cristalino en-ojo derecho por perforación secundaria a úlcera micótica y bacteriana por uso de lentes de contacto.

S/ En el momento refiere dolor en ojo derecho.

O/ Tono digital aumentado, hiperemia conjuntival e inyección ciliar moderada, injerto con edema difuso +, cámara anterior ausente, restos de material bristairiniand en centro pupilar. Pupila fija en midriasis media. No se ve polo posterior.

Trae ecografía de ayer que muestra retina aplicada, cabeza de nervio optico de aspecto normal, opacidades vitreas moderadas, mas en cuadrante inferior. (VITREITIS)

A/ Me comunico con la Dra. Oudovitchenko presentando el caso. Considero que en el momento esta haciendo un glaucoma maligno, no se ve en segmento anterior signos de infección activa. Se debe realizar vitrectomía y • capsulotomía, volver el ojo unicameral y dejarlo afaco con la misma cornea que tiene. Se puede necesitar queratoprotesis para cirugía de retina. Inicio tratamiento para manejo de dolor.

P/ Control mañana 8:30 con la Dra. Oudovitchenko para determinar mejor manejo. Arcoxia 120 mg 1 vez al día por 3 días, Doloff 1 tableta cada 6 horas si hay dolor. Control mañana.-Continuar con vancomicina cada 2 horas, Natamicina cada 6 horas. - Holguin Romero Luis Daniel - MD. Oftalmólogo.

FECHA: jueves, 17 de enero de 2019 HORA: 8:45 a. m.

6to día POP queratoplastia tectónica y extracción de cristalino en ojo derecho por perforación secundaria a ulcera micotica y bacteriana por uso de lentes de contacto.

S/ Mejora levemente el dolor con acetaminofen,

O/ AVSC OD PL. Disminución de apertura palpebral, injerto corneal con edema difuso +, no hay camara anterior, en borde de injerto superior se observa una zona de absceso en cornea receptora de menos de 1mm de tamaño. Restos de hemorragia intracameral en cuadrante superior, escasos, no se observa iridectomia. Tono digital elevado.

Se ve el paciente en conjunto con la Dra. Ousovitchenko quien considera que es viable la cirugía de vitrectomía más endolaser más inyección de antibióticos intravítreos para controlar el glaucoma maligno y posteriormente seguir trabajando en controlar la infección.

Pi Vitrectomía + endolaser + inyección de antibióticos intravítreos, procedimiento para realizar con la Dra. Oudovitchenko. Se explican hallazgos,, procedimiento, todas las posibles complicaciones, cuidados postoperatorios, firmamos consentimiento. Paciente entiende y acepta. Holguín Romero Luis Daniel.MD Oftalmólogo.

NOTA DE ENFERMERIA (DILATACION) ADULTO

FECHA: lunes, 21 de enero de 2019 HORA: 8:50 a. m.

-Prueba de Seidel: utilizada para descartar la presencia de comunicación entre la cámara anterior del ojo y el exterior. Consiste en verificar el lavado de colirio de fluoresceína, previamente instilado por la salida de humor acuoso.

A/ Me comunico con la Dra. Oudovitchenko presentando el caso. Considero que en el momento está haciendo un glaucoma maligno, no se ve en segmento anterior signos de infección activa. Se debe realizar vitrectomía y • capsulotomía, volver el ojo unicameral y dejarlo afaco con la misma cornea que tiene. Se puede necesitar queratoprotesis para cirugía de retina. Inicio tratamiento para manejo de dolor.

P/ Control mañana 8:30 con la Dra. Oudovitchenko para determinar mejor manejo. Arcoxia(etoricoxib-analgésico) 120 mg 1 vez al día por 3 días, Doloff (acetaminofén más hidrocodona) 1 tableta cada 6 horas si hay dolor. Control mañana.-Continuar con vancomicina cada 2 horas, Natamicina cada 6 horas. -

Holguin Romero Luis Daniel - MD. Oftalmólogo.

FECHA: jueves, 17 de enero de 2019 HORA: 8:45 a. m.

6to día POP queratoplastia tectónica y extracción de cristalino en ojo derecho por perforación secundaria a ulcera micótica y bacteriana por uso de lentes de contacto.

S/ Mejora levemente el dolor con acetaminofen,

O/ AVSC OD PL. Disminución de apertura palpebral, injerto corneal con edema difuso +, no hay cámara anterior, en borde de injerto superior se observa una zona de absceso en cornea receptora de menos de 1mm de tamaño. Restos de hemorragia intracameral en cuadrante superior, escasos, no se observa iridectomía. Tono digital elevado.

Se ve el paciente en conjunto con la Dra. Ousovitchenko quien considera que es viable la cirugía de vitrectomía más endolaser más inyección de antibióticos intravítreos para controlar el glaucoma maligno y posteriormente seguir trabajando en controlar la infección.

Pi Vitrectomía + endolaser + inyección de antibióticos intravítreos, procedimiento para realizar con la Dra. Oudovitchenko. Se explican hallazgos,, procedimiento, todas las posibles complicaciones, cuidados postoperatorios, firmamos consentimiento. Paciente entiende y acepta. Holguín Romero Luis Daniel.MD Oftalmólogo.

FECHA: lunes, 21 de enero de 2019 HORA: 9:11 a. m.

Pop 3 er día. Pio digital normal. Aire cámara anterior, restos hemáticos, cámara anterior panda presenta nasal,

Cornea con opacidad leve a moderada, queratitis temporal superior entre qpp con Infiltrado de menor tamaño e intensidad

Plan ecografía en 8 días vancomicina c 2 h, atropina c12 h. Control en 2 días Dr Holguin

Oudovitchenko-Elena Md.oftalmólogo, vitreo retina

Fecha: miércoles, 23 de enero de 2019 hora: 2:29 p. M.

Idx: queratoplastia tectónica (11/01/19), POP vitrectomía + endolaser + antibióticos intravítreos (18/01/2019)

Subjetivo: refiere ardor y lagrimeo od. .disminución de dolor. En tratamiento con vancomicina c/2h, atropina c/12h

En od. Pendiente ecografía od

Objetivo:

Av: OD no percibe luz.

Bíomicroscopia: OD hiperemia conjuntival difusa, quemosis, cornea con injerto-transparente, suturas en posición, edematizado, con absceso entre 11-12h, cámara anterior panda, hifema con coágulos 60%, reabsorción leve.

Conducta:

Paciente persiste con cámara panda, por lo cual se decide realizar reforma de cámara anterior con aire + Pupiloplastia urgente.

Se explican hallazgos, conducta, riesgos y beneficios y mal pronóstico visual y estructural de OD. Paciente y familiar refieren entender. Se firma consentimiento informado. Holguin Romero Luis Daniel-.Md. Oftalmólogo

Fecha: miércoles, 30 de enero de 2019 hora: 1:21 p. M

Idx: queratoplastia tectonica od (11/01/19)

Pop vitrectomia + endolaser + antibioticos intravitreos od (13/01/2019)

Reforma de cámara anterior con aire + pupiloplastia od (23/01/2019)

Subjetivo: paciente refiere dolor ocasional, lagrimeo, e inflamación del párpado.

Actualmente está con vancomicina cada 2 horas

Trae ecografía que reporta moderadas opacidades vitreas, desprendimiento coroideo seroso en cuadrantes inferiores, entre las 2 - 9 pn periferia y ecuador, retina aplicada a los coroides.

Av: OD no percibe luz.

Biomicroscopia: OD: conjuntiva hiperémica, cornea con injerto en "posición, edematizada, resolución del 80 % de absceso periférico entre las 11 y las 12 suturas en posición, no veo cámara anterior, tono digital bajo, resolución del hifema, y de los coágulos.

Conducta: se ha logrado controlar la infección, sin embargo el ojo en el momento esta hipotónico probablemente por inflamación y membrana ciclitica, motivo por el cual inicio tratamiento con prednisolona cada 4 horas inicialmente y disminuyo la vancomicina a cada 4 horas para reactivar el flujo de humor acuoso. Control en 8 días. Preparo nueva Vancomicina de 50mg/ml y entrego. Recomendaciones, signos de alarma.

Holguin Romero Luis Daniel MD. Oftalmólogo

FECHA: miércoles, 6 de febrero de 2019 , HORA: 2:33 p. m.

IDX: QUERATOPLASTIA TECTONICA OD (11/01/19)

POP VITRECTOMIA -j- ENDOLASER + ANTIBIOTICOS INTRAVITREOS OD (18/01/2019)

REFORMACION DE CAMARA ANTERIOR CON AIRE + PUPILOPLASTIA OD (23/01/2019)

S/ Asiste a control. En el momento en tratamiento con antiinflamatorio esteroideo para mejorar hipotonía con prednisolona cada 4 horas. En manejo también; con antimicrobiano. con vancomicina cada 4 horas. En el momento paciente con dolor ocasional.

Trae resultado de patología: coloraciones de plata metenamina, PAS y Gram: negativas para microorganismos, Giemsa pendiente.

Al examen: Agudeza visual Sin Corrección- OD: Percibe Luz y percibe colores

BIO OD: conjuntiva hiperémica, cornea con injerto en posición, edematizada, resolución del 100 % de absceso, suturas en posición, atalamia, no más detalles. Tono digital bajo

Plan: Se explican hallazgos, infección controlada, seguir vancomicina cada 6 horas, prednisolona cada hora. Se indica dexta intramuscular para ayudar a mejorar hipotonía ocular.

Control 8 días con ecografía.,SS evaluación por Psicología. Recomendaciones generales y signos de alarma.

FECHA: miércoles, 13 de febrero de 2019 HORA: 1:59 p. m.

Trae reporte de ecografía: se observa mejoría por desaparición del desprendimiento coroideo. Vitreitis moderada.

Tono digital bajo, mejor que hace 8 días.

Plan: se explican hallazgos, infección controlada. Continuar vancomicina cada 6 horas por el uso de prednisolona cada hora, en 8 días se puede suspender y disminuir

gradualmente la prednisolona. En cualquier momento puede empezar a presentar dolor por hipertensión ocular, sin embargo cabe la posibilidad de mejorar la cámara anterior cuando presente reestablecimiento del flujo de humor acuoso. Si hay hipertensión ocular se vería la necesidad de entrara a reformar cámara nuevamente. Control en 8 días. Explico hallazgos. Control ecografico semanal por el hallazgo de vitreitis.

SS evaluación por Psicología. Recomendaciones generales y signos de alarma.

FECHA: miércoles, 20 de febrero de 2019 HORA: 2:22 p. m.

Asiste a control, sin cambios sintomatológicamente. Aplicando vancomicina cada 6 hrs, mañana termina el tto y prednisolona a cada hora. Presenta fosfenos cada 3 días aproximadamente.

Trae ecografía 20/02/19: moderadas opacidades vitreas (vitreitis). Desprendimiento vítreo parcial. Retina aplicada. No desprendimiento coroideos.

Al examen BIO OD: leve hiperemia conjuntiva!, cornea con injerto en posición, edematizada, suturas en posición, atalamia, no mas detalles.

Tono digital bajo, mejor que hace 8 días Plan

Se explican hallazgos. Continuar prednisolona cada 1 hora, atropina 1 cada 12 hrs Control en 15 días con eco de control. Recomendaciones generales y signos de alarma.

FECHA: miércoles, 6 de marzo de 2019 - HORA: 1:57 p. m

Viene con resultado de ECO de OD que reporta moderadas opacidades vitreas (Vitreitis) con desprendimiento del vítreo posterior parcial con retina aplicada con toda su extensión y con Nervio Optico de aspecto normal con Diámetro AP Simétrico

NO hay cambios significativos respecto a la de febrero de 2019

Trae Optmetria de Enero de 2019 que reporta en OD PL y en OI n -3.00 x 125 20/30 Add 2.50 hecha en Optisanitas.

Refiere ha tenido algo de dolor muy leve ocasional en el OD.

Actualmente se aplica Atropina cada hora y Cortiofta! cada hora en OD NO usa Vancomicina pues fue suspendida en control pasado

Actualmente no usa ningún tipo de corrección visual en el OI AV Lsc OD.PL y colores bien OI. 20/50

BIO OD. Conjuntiva norma! Córnea edematosa con injerto tectónico engrosado aclarando sutilmente que permite ver iris con pupila miotica y sutura de iridoplastia central bien Con sutura del injerto en algunas zonas principalmente nasales algo sueltas pero sin movimiento y con neovasos estromales difusos profundos con gran vaso nasal inferior muy grueso. Atalamia pero es evidente unos vestigios de cámara anterior en región superotemporal.

OI. Conjuntiva normal Córnea clara Cámara anterior e Iris normales Cristalino claro Tono digital medio disminuido

IMPRESIÓN Continua en Atalamia (contacto entre la córnea y las estructuras situadas en la cámara anterior del ojo como el iris, el cristalino la lente intraocular. Sus causas más frecuentes son una baja exagerada de la tensión ocular en el POP inmediato de la cirugía de glaucoma o una herida perforante de la córnea, que hace que el líquido intraocular, conocido como humor acuoso, salga del ojo y este pierda su tono y se produzca el citado contacto) severa del OD con Signos de DVP y posible vitreitis de OD Hay neovascularización del botón corneal por injerto Tectónico y atalamia severa que se están controlando lentamente con tratamiento médico NO hay signos de reinfección ocular del OD. Ametropía no corregida del OI.

PLAN/. Explicación de hallazgos al examen. Se dan indicaciones de la importancia de seguir tratamiento médico y/o quirúrgico de acuerdo a los hallazgos al examen.

Se-insiste en uso adecuado de Atropina cada 12 hrs pues el usarlo con más frecuencia no le ayuda en nada. Continua con Cortioftal cada hora. Se da orden de Optometria para mejorar potencial visual del OI. Signos de alarma oculares. "

Se entrega copia de Historia Clínica. Tovar Ucros Francisco MD Oftalmólogo

FECHA: miércoles, 20 de marzo de 2019 HORA: 1:59 p. m.

Refiere estar asintomático. Aplicándose cortioftal cada hora y atropina cada 12 horas.

Trae paraclínicos: Optometría (Marzo 2019) OD: N esf NPL; OI: 20/40 - ..

Ecografía ocular (20/03/2019).

Moderadas opacidades vitreas, DVP (desprendimiento vítreo posterior) total, retina aplicada en toda su extensión. Cabeza del nervio óptico de aspecto normal y diámetro AP simétrico.

Al examen: OI. 20/50

IMPRESIÓN Continua en Atalamia severa del OD con Signos de DVP y posible vitreitis de OD Hay neovascularización del botón corneal por injerto Tectónico y atalamia severa que se está controlando lentamente con tratamiento médico NO hay signos de reinfección ocular del OD, Ametropia no corregida del OI.

PLAN/. Se evalúa con Dr Hoiguin y Tovar y se decide por aspecto corneal retirar suturas sueltas y de esclerotomias. Continua igual tratamiento médico Por mejoría en algo de cámara anterior se propone hacer Queratoplastia con recambio de boton tectónico por uno normal con intención de rehabilitación visual a futuro y mejorar aspecto del segmento anterior con reforma de la cámara. Se explican en detalle riesgos y pronóstico Se insiste en que esto es un nuevo paso para tratar de lograr algo de rehabilitación visual del ojo. Se recomienda uso de gafas según prescripción de Optometría. Tovar Ucros Francisco-MD. Oftalmólogo.

FECHA: miércoles, 27 de marzo de 2019 HORA: .3:26 p. m.

Asiste para certificado de los procedimientos que se han realizado y las recomendaciones por parte de oftalmología. Se realiza certificado y se entrega. Holguin Romero Luis Daniel Md. Oftalmólogo.

Fecha: martes, 30 de abril de 2019

Enf. actual: para queratoplastia penetrante OD.

Tensión arterial: 128/86, frec. Cardíaca, 74 frec. respiratoria 16, temperatura 36.5

Exámen oftalmológico OD: conjuntiva normal, córnea edematosa con injerto tectónico opaco, iridoplastia central bien con suturas del injerto en algunas zonas principalmente nasales algo sueltas pero sin movimiento y con neovasos estromales difusos profundos con gran vaso nasal inferior muy grueso. Atalamia con algo de camara a nivel superior e inferior.

Diagnósticos: ulcera corneal perforada OD

Plan quirúrgico: queratoplastia penetrante OD, liberacion de adherencias de segmento anterior OD, pupiloplastia OD, iridectomia quirurgica OD

Cirujano: Tovar Ucros Francisco.

Anestesia General:anestesiólogo: Valdes Restrepo Matias, Instrumentadora: Puentes P. Yamili - Ayudante: Holguin Romero Luis Daniel.

Diagnóstico Prequirúrgico: úlcera corneal perforada OD.

Diagnóstico postoperatorio: ulcera corneal perforada OD

Procedimiento 1: queratoplastia penetrante OD

Hallazgos, intraoperatorios y observaciones:

Tejido corneal lote 19055102, paquimetría 640, recuento endotelial 2950

Descripción: tejido enviado a patología: no

Bajo anestesia general. asepsia y antisepsia del campo operatorio, campo quirúrgico tegaderm. blefarostato. se hace trepanación de boton donante de 7,25 mm con trepanop de barron.se coloca anillo de flieringa fijado con seda 6-0 a esclera 4 cuadrantes se cortan puntos corneales y se hace disección roma de injerto previo con espátula hasta llegar a membrana fibrotic aposterior, la cual se incide con cuchillote de 15° y se termina resección de la membrana en 360°, se encuentra iris en buenas condiciones con sutura pupilar central apretada, se retira sutura de iris, se hace

pupuloplastia central con vitreofago de 3 mm, a través de la cual se pasa vitreofago por detrás del iris hasta el angulo y se hacen dos iridotomias perifericas, en la segunda es necesario incidir con cuchillito de 15° membrana fibrotica

FECHA: viernes, 3 de mayo de 2019 HORA: 9:57 a. m.

IDX: pop d3 de qpp (QUERATOPLASTIA PENETRANTE),+ liberación sinequias+ pupuloplastia+ -iridectomia od.

Subjetivo: asintomatico aplicando colirios indicados.

Biomicroscopia: OD párpados normales, conjuntiva normal córnea receptora y botón donante transparente, con puntos en posición, cámara anterior formada, VH3 no seidel, con restos hemáticos nasales (menor que contort anterior), pupila normal, PÍO: Tono digital medio.

Conducta: se explican hallazgos continuar igual manejo tópico, recomendaciones y signos de alarma. Tovar Ucros Francisco-Md.Oftalmólogo

FECHA: miércoles, 8 de mayo de 2019 HORA: 4:03 p. m. EDAD: 57 Año(s)

Viene a control visual y ocular por Queratoplastia de Ojo Derecho Refiere se aplica medicación ordenada Pred.F cada 3 hrs y Vigamox cada 6 hrs Ve mas claro que antes AV Lentes de contacto OD MM

OD. Conjuntiva normal Córnea clara con injerto claro con suturas bien Cámara anterior amplia iridectomia permeable bien Afaquia

IMPRESIÓN Mejoría '

PLAN / Continúa con Pred F cada 4 hrs y control en 8 días. Se suspende Vigamox.Tovar Ucros Francisco. Md. Oftalmólogo.

FECHA: miércoles, 15 de mayo de 2019 HORA: 2:33 p. m. EDAD: 57 Año(s)

Paciente con antecedente de ulcera corneal con perforación, con trasplante tectónico y posteriormente QPP hace 15 dias. " - '

S/ En el momento comenta que la visión ha mejorado y que los colores los distingue mejor. Aplicando: Tratamiento: Prednisona cada 4 horas.

O/Apertura palpebral disminuída en ojo derecho, injerto transparente, puntos con adecuada tensión, cámara formada, pupila central, redonda. Tono digital medio y simétrico.

A/ Se puede beneficiar de lubricación frecuente ademas de la prednisolona cada 6 horas. Control en 15 días.

P/ Systane (gotas oftálmicas lubricantes) ultra cada 3 horas, prednisolona cada 6 horas. Control en 15 días. Recomendaciones, signos de alarma. Tovar Ucros Francisco. MD. Oftalmólogo.

FECHA: miércoles, 29 de mayo de 2019 HORA: 1:54 p. m. EDAD: 67 Año(s)

Viene a control POP Trasplante cornea penetrante .OD

Se siente bien y **ve claro a pesar de no identificar objetos** Sigue tratamiento en la forma indicada AV Lsc 20/400- foropter RXOD+6.00-3.00x65 20/150.

BjO. OD Conjuntiva normal Córnea clara con suturas bien con algunas suturas más ajustadas que otras. Cámara anterior e Iris normales Afaquia.

IMPRESION: Mejoria visual

PLAN/. Continúa con Pred F cada 8 hrs y Lubricantes en Gel iguales NO amerita manejo refractivo por ahora. Control en 20 días Tovar Ucros Francisco. Md Oftalmólogo

FECHA: miércoles, 19 de junio de 2019 HORA: 3:45 p. m. EDAD: 57 Año(s)

tDX POP Trasplante cornea penetrante OD (30/05/19)

Subjetivo: Asintomático, visión igual. En el momento tratamiento con prednisolona cada 8 horas y systane gel cada 4 horas.

AV Lsc 20/200.

BIO OD Conjuntiva normal, Córnea clara, puntos en posición sin infiltrados, cámara anterior formada sin células, pupila pobremente reactiva, afaquia.

Plan: Buen pop, continuar prednisolona cada 8 horas, continuar systane gel(lubricaqnte) cada 4 horas, control en un mes. Tovar Ucros Francisco - Md Oftalmólogo.

FECHA: miércoles, 17 de julio de 2019 HORA: 4:50 p. m. EDAD: 57 Año(s)

-Queratoplastia penetrante OD 30/05/19

Asintomático, no cambios en visión, aplica systane gel cada 4 horas y prednisolona cada 8 hras. Al examen avlsc od: 20/200.

Bio od: párpados hiperémicos, margen engrosado con telangiectasia, dgm mod , conjuntiva con leve hiperemia, injerto claro, precipitados queráticos entre 9 y 11, suturas en posición, no seidel, camara formada, no tyndall, afaquia. Pio OD 12 mmhg.

Plan: se explican hallazgos. Prednisolona cada 3 hras. Se sugiere terapia de párpados, estudio de ojo seco y tto dgm. Control en 1 semana, recomendaciones generales y signos de alarma rfa . Tovar Ucros Francisco Md. Oftalmólogo.

Fecha: miércoles, 24 de julio de 2019 hora: 3:52 p. m. edad: 57 año(s)

Evolución igual a la del 17 de julio de 2019, mismo oftalmólogo tratante.

Fecha: miércoles, 14 de agosto de 2019 hora: 2:34 p. m. edad: 57año(s)

Idx: qpp od 30 de abril de 2019

subj: paciente refiere ayer empezó a sentir dolor, enrojecimiento y molestia en párpado superior derecho, esta en manejo con systane cada 8 horas, cortioftal cada 6 horas.

avscod: 20/100

BIO OD: párpados en posición, orzuelo en región medial de párpado superior derecho, conjuntiva normal, botón corneal transparente, lecho receptor en buen estado, puntos en posicion, caf, no celulas en camara anterior. pupila redonda central.

Análisis: paciente con orzuelo en párpado superior, se explican hallazgos, se indica manejo de la siguiente manera: etidoxina (Doxiciclina) tabletas 100 mg cada 12 horas por 10 dias; altracine (antibiótico + antiinflamatorio) cada 8 horas en párpados, medidas locales con calor y masaje. Tovar Ucros Francisco Md. Oftalmólogo.

Fecha: miércoles, 4 de septiembre de 2019 • hora: 2:55 p. m. edad: 57 año(s)

Idx: qpp od 30 de abril de 2019.

Paciente asiste a control, asintomático, terminó tratamiento con etidoxina, está en manejo con altracine a cada 8 horas y cortioftal cada 6 horas.

Al examen: avslcOD (Agudeza visual sin lente de contacto ojo derecho: 20/100

BIO OD: párpados en posición, orzuelo en región medial de párpado superior derecho, conjuntiva normal, boton corneal transparente, lecho receptor en buen estado, puntos en posicion, caf, no celulas en camara anterior. pupila redonda central

plan: mejoría del orzuelo, se indica continuar con ungüento y con terapias palpebrales, se entrega nueva fórmula para continuar prednisolona cada 6 horas en ojo derecho. control en ocho días. Tovar Ucros Francisco Md. Oftalmólogo.

11/09/2019 14:30:55. E.P.S Sanitas - OFTALMOSANITAS

Motivo de consulta: CONTROL QPP Y ORZUELO PSD.

Enfermedad Actual; Paciente asiste a control, asisitio a 3 terapias palpebrales en la última semana, refiere mejoría sintomática, aplicando prednisolona cada 6 horas en ojo derecho, por antecedente de qpp.

EXAMEN FÍSICO OFTALMOLÓGICO

Defecto Pupilar Aferente (Marcus Gunn) OD: Ausente.(Al explorar el reflejo luminoso la pupila no contrae con la luz directa).

MICROSCOPIA

1. Observaciones Biomicroscopia: OD: Leve edema de párpado superior derecho, no se evidencian orzuelos, conjuntiva sin lesiones, botón cornea transparente, córnea receptora transparente, pequeños depósitos de pigmento endoteliales, cámara anterior formada sin células, iris y pupila normal.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Resolución de orzuelo PSD, buena evolución de QPP OD, control en un mes.

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: Trasplante de cornea Ojo Derecho, Se solicito interconsulta a Oftalmología cornea por solicitud del médico tratante.

20/11/2019 14:44:11. E.P.S Sanitas - OFTALMOSANITAS

Motivo de consulta: Asiste a control. Refiere que no ha mejorado nada el Orzuelo..

Enfermedad Actual: Aplicando en ojo derecho prednisolona cada 8 horas y lagricel cada 3 horas. Quiere saber que se puede hacer para el orzuelo de párpado superior ojo derecho.

Examen físico oftalmológico

AGUDEZA VISUAL

-Sin Corrección (OD): 20/400. -

Sin Corrección (OI): 20/100

BIOMICROSCOPIA

Pestañas y Glándulas de Meibomio: Anormal.

Hallazgos Pestañas y Glándulas de Meibomio: Borde libre de párpados engrosado, telangiectasias, coltaretos y descamación en base de pestañas, AO..

Menisco Lagrimal: Normal.

Conjuntiva: Normal.

Cornea: Anormal.

Hallazgos en Cornea: OD: botón de queratoplastia transparente.

Cámara.Anterior: Normal.

Cristalino.(OD): Normal.

Cristalino (OI): Normal.

Vitreo/Normal.

Observaciones Biomicroscopia: Retina aplicada en polo posterior

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Paciente en POP de queratoplastia penetrante el 30/04/2019 ojo derecho, actualmente en adecuado control POP. Se indica prednisolona cada 8 horas, Lagricel cada 3 horas. Cita control en 1 mes,

Diagnóstico Principal: Trasplante de cornea ojo Derecho

FÓRMULA MÉDICA - USO AGUDO

1. Prednisona o prednisolona 10mg/ml (1%) Susp oft: Aplicar (vía conjuntival!) 1 gotas cada 8 hora(s) por 30 día(s)

11/12/2019 13:29:49. E.P.S Sanitas - OFTALMOSANITAS

Información suministrada por: Paciente, JAIRO ANTONIO BARRAGAN ACOSTA.

Motivo de consulta: Asiste a control QPP de alto riesgo..

Enfermedad Actual: Postoperatorio 8 meses QPP OD. Aplicando prednisolona cada 8 horas y Lagricel cada 3 horas en OD. Refiere dolor en parpado superior derecho. Le queda la ultima entrega de prednisolona..

05/02/2020 13:52:02. E.P.S Sanitas - OFTALMOSANITAS

Motivo de consulta: Control QPP de alto riesgo.

Enfermedad Actual: Postoperatorio 9 meses QPP OD. Aplicando prednisolona cada 8 horas y Lagricel cada 3 horas en OD. Refiere esta pendiente de resección de chalazion en pápado superior derecho. Estabilidad de la agudeza visual.

EXAMEN FÍSICO OFTALMOLÓGICO

AGUDEZA VISUAL

1. Sin Corrección (OD): 20/100.

2. Sin Corrección (OI): 20/50, , .

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Paciente en POP de queratoplastia penetrante el 30/04/2019 derecho, actualmente en adecuado control POP. Se indica continuar manejo con prednisolona cada 8 horas, Lagriceí cada 3 horas. Cita control en 1 mes. '

Se solicita interconsulta a Oftalmología cornea Por solicitud del médico tratante.

Fecha: jueves, 27 de febrero de 2020 hora: 3:06 p. m. edad: 57año(s)

Procedimiento quirúrgico: resección chalazion pápado superior OD.

Miércoles, 11 de marzo de 2020

Descripción quirúrgica

Enf. actual: se encuentra en el postoperatorio reciente con ángulo cerrado, iris apocionado sobre Cornea, coagulo en cámara anterior y presión intraocular alta.

Tensión arterial: 125 / 80, FC 88, FR 15, temperatura 36,5

Examen oftalmológico: injerto de cornea con edema difuso ++, no hay camara anterior, iris apocionado sobre cornea, coagulo en camara anterior.

Diagnósticos: glaucoma secundario a otros trastornos del OD trasplante de cornea OD. Afaquia OD, queratitis intersticial y profunda OD.

Plan quirúrgico: sutura de iris OD, formación de cámara anterior con aire OD

Cirujano: Holguin Romero Luis Daniel, Anestesia subtenoniana-local contro

Anestesiólogo: Alvarez Vega Magda Lucia.

Instrumentadora: Cuevas Montano Ana Milena

Diagnóstico Prequirúrgico: glaucoma secundario a otros trastornos del OD

Trasplante de cornea OD afaquia OD queratitis intersticial y profunda OD

Diagnóstico Postoperatorio: Idem.

Procedimiento 1: sutura de iris OD.

Procedimiento2: formación de cámara anterior con aire OD

Hallazgos intraoperatoriosy observaciones:iris pegado a cornea en 360 grados, tono digital alto, coagulo en camara anterior, afaquia. burbuja de aire en camara vitrea que ayuda el desplazamiento del iris hacia anterior.

descripción:

previa asepsia y antisepsia. colocación de campos quirúrgicos.. tegaderm, biefarostato, 3cc subtenoniana en cuadrante inferonasal.se abren paracentesis laterales con espátula. Se abre cámara anterior con viscoelástico. paracentesis inferior tangencial por donde se introduce mantenedor de cámara anterior.Se limpia coágulo de cámara anterior con vitreófago logrando adecuada visualización de la pupila. se libera pupila. se realiza cerclaje de pupila con 1 punto en la mitad de esta conprolene10-0. aire en camara anterior logrando reforma-dé camara anterior. se deja cámara anterior con leve sangrado en ángulo temporal y nasal. iridectomia superior con vitreofago hasta cámara vítrea. Cierran paracentesis. Se confirma hermetismo y adecuado tono ocular. Vigamox. vendaje con cascarilla.

Complicaciones:ninguna.

Existen gérmenes que con mayor frecuencia producen úlceras bacterianas y en dependencia de las características de la úlcera se puede sospechar la presencia de uno u otro germen:

HISTORIA CLÍNICA KERALTY CENTRO ÓPTICO- OFTALMOSANITAS S.A.S.

Fecha de consulta: agosto 19 de 2020.

Motivo de consulta: trae pentacam para inicio de retiro de puntos en ojo derecho.

Análisis: se puede iniciar proceso de implante de lente secundario en cámara anterior. Se solicita biometría y nueva optometría. Se explica que después de este procedimiento puede presentarse descompensación corneal que puede requerir de un nuevo trasplante, en este caso endotelial tipo DSAEK.

En conclusión se ordenó Biometría Ocular, Inserción de lente intraocular en cámara anterior fijado al iris. Dr Luis Daniel Holguín Romero-Oftalmología Córnea.

Fecha de consulta: agosto 28 de 2020-Agudeza visual sin corrección: ojo derecho: percibe luz; ojo izquierdo 20/50. El paciente tiene cita para valoración preanestésica y Biometría el día 13 de noviembre de 2020.

VALORACIÓN MÉDICOLEGAL

El día miércoles 2 septiembre 2020, en el marco de la pandemia, se realiza una televaloración al paciente JAIRO ANTONIO BARRAGÁN ACOSTA, de 58 años de edad, profesión Publicista y comunicador visual, Empleado, Estado Civil Separado.

Motivo de la Peritación: "yo tenía una úlcera en el ojo derecho y me la perforaron"

Anamnesis: "sufro de queratocono en ambos ojos desde que cumplí aproximadamente 35 años de edad, yo no me rasco los ojos, no había usado gotas con corticoides, no he sufrido de enfermedades del tejido conectivo, cada dos años me cambian los lentes de contacto; me dijeron que los anillos no eran necesarios, me han manejado con lentes de contacto rígidos que utilizo durante el día de lunes a viernes y me los retiro en la noche sumergiéndolos en la solución recomendada y al día siguiente los limpio con la solución indicada. Descanso de los lentes los fines de semana. Nunca lavé mis lentes de contacto con agua de la llave, para eso tengo la solución oftálmica que me ordenaron.

En agosto de 2018 presenté en el ojo derecho lagrimeo, inflamación, ojo rojo, dolor; el médico general dijo que era conjuntivitis y me ordenó gotas y unos medicamentos, me dio orden de valoración por Oftalmología pero la cita me la asignaron para el 20 de noviembre de 2018. Yo no mejoraba por eso fui a Urgencias el 27 de agosto de 2018 donde me vió nuevamente un Médico General quien me remitió de inmediato a la Clínica Colombia donde me valoró el Oftalmólogo quien dijo que era muy tarde y me diagnosticó una úlcera corneal". El paciente afirma enfáticamente ausencia de antecedente de trauma ocular con vegetales o madera y/o frote ocular.

"Me ordenó tratamiento con gotas que me estuve aplicando hasta octubre y en ese control otro Oftalmólogo Especialista en Córnea me dijo que me quedó un punto blanco y que me iba disminuir esa lesión.

Yo tenía programada una cita para el día 21 noviembre de 2018; me empezó a disminuir la agudeza visual, el Oftalmólogo me ordenó Natamicina, me explicaron que este medicamento no es retenido por el ojo por lo que debían raspar la córnea: el raspado lo hacían con aguja especial, utilizando una lente que agrandaba la imagen".

“Durante el tratamiento yo tuve que hacer un viaje al exterior, a Miami, yo no tenía el antecedente de viajes a zona rural y éste tampoco lo fue; yo no tenía el antecedente de contacto con material vegetal respecto a lo cual me interrogaron varias veces.

Yo iba cada tercer día a control para el raspado de la córnea, en noviembre de 2019 ya llevaba un mes y medio con este tratamiento; después de esas sesiones sentía mucho dolor. Yo sabía que existía la opción de tratarme con rayos láser pero la Oftalmóloga decía que no. Llegó el mes de diciembre, la Oftalmóloga se iba a retirar de Sanitas y me realizó el último raspado el día 21 diciembre, me explicó que el otro doctor me seguiría atendiendo.

El 22 diciembre yo ya no veía nada entonces tenía cita el 26 diciembre y el doctor dijo "usted tiene la córnea perforada". hasta aquí me atendieron en la Clínica Colombia. Consiguieron cupo en la Clínica El Bosque para Cirugía de Urgencia. Me ordenaron un pegamento pero realmente me suturaron la córnea, me empezó a ver el doctor Holguín quien explicó que ya requería transplante de córnea y que ya no se podía usar Láser.

En el Instituto de córneas el doctor Chacón dijo que se apuraran porque perdería la movilidad ocular. Efectivamente me realizaron transplante de córnea el día 30 abril 2019 además me quitaron el cristalino y todavía no me lo han reemplazado por un lente intraocular, esa cirugía está pendiente. Actualmente no estoy utilizando lentes de contacto. Se halla pendiente un examen de biometría ocular.

Mi ojo izquierdo está como siempre, también con queratocono. Desde la última queratoplastia no uso lentes de contacto, uso gafas con corrección visual para el ojo izquierdo y neutro para el ojo derecho. Actualmente veo borroso por el ojo derecho, veo las imágenes pero no preciso detalles. Realmente esta situación me afectó muchísimo; trabajaba con dificultad, no tenía la misma coordinación para desplazarme, me volví muy irritable e incluso me tuve que separar de mi esposa porque mi situación emocional realmente era intolerable. Me ordenaron valoración por Psicología, solamente fui una vez; perdí a mi familia”.

El paciente informa posteriormente que día viernes 26 de noviembre de 2020 le realizaron una nueva cirugía ambulatoria: lente intraocular (LIO) en ojo derecho.

Antecedentes: patológicos: queratocono desde los 35 años, hipercolesterolemia comenzando a manejarla con dieta y ejercicio. Prostatismo. No le han diagnosticado infección por Covid 19. Quirúrgicos: resección intestinal por herida por arma de fuego hace aproximadamente 25 años. Todas las cirugías que me han realizado en el ojo Traumáticos: fractura de tibia manejada con inmovilización con yeso. Transfusiones: negativo. Alérgicos: negativo. Toxicológicos: fumador ocasional. Farmacológicos: Prednisolona una gota cada 12 horas, Doxiciclina una tableta 100mg/día por el antecedente de orzuelo.

Familiares: hermana con queratocono. Padre murió al parecer por cáncer gástrico

Datos del examen físico y oftalmológico: estatura 165 cm, peso 70 kg.

Mediante vídeo llamada observo ojo derecho tranquilo, no secreciones, no hiperemia conjuntival.

Diagnósticos: 1-QUERATOCONO. 2- ÚLCERA CORNEAL PERFORADA. 3- GLAUCOMA SECUNDARIO A INFLAMACIÓN OCULAR.

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Paciente masculino de 56 años de edad para la fecha de los hechos, con historia de queratocono en ambos ojos de predominio en ojo derecho de 20 años de evolución, manejado con lentes de contacto rígidos, con una agudeza visual de 20/400 en ojo derecho y 20/40 en ojo izquierdo. El 14 febrero 2014, en su control anual el Médico Oftalmólogo Especialista en Córnea le había explicado que por su edad, estabilidad de la topografía corneal, buena tolerancia a lentes de contacto y no progresión de la enfermedad no requería cirugía. Igualmente el paciente refirió ausencia de antecedente trauma con vegetales o madera y/o frote ocular.

El paciente consultó el 10 de agosto de 2018 por cuadro de 2 días de evolución localizado en ojo derecho, caracterizado por ojo rojo, dolor local, secreción purulenta, prurito y dolor, hallando al examen oftalmológico conjuntiva hiperémica, esclera congestiva, secreción en epicanto interno purulenta; el médico general que lo atendió le diagnosticó Conjuntivitis Aguda, le prescribió antibiótico tópico con corticoide+ antibiótico sistémico + lubricante y le dio orden para valoración por la Consulta Externa de Oftalmología, la cual le fue asignada para el día 20 de noviembre de 2018.

Por empeoramiento del cuadro, reconsultó el día 27 de agosto de 2018 con motivo de consulta "tengo una cosa blanca en el ojo", siendo remitido urgentemente a Oftalmología, especialidad que lo valoró ese mismo día según informa el paciente.

Fue valorado por Oftalmología, diagnosticándole Úlcera Corneal en ojo derecho.

Agudeza visual ojo derecho 20/60, ojo izquierdo 20/40, conjuntiva con hiperemia ciliar asociada, con gran edema perilesional asociado, córnea transparente, humor acuoso transparente, iris normal, cristalino transparente con úlcera corneal paracentral, inferior y nasal, no se observan signos inflamatorios en el segmento anterior. Fondo de ojo difícil de evaluar por opacidad de medios. Oftalmología le diagnosticó Úlcera Corneal en ojo derecho ordenándole Gatifloxacina (quinolona de tercera generación) + lubricante.

El 5 de septiembre de 2018 Oftalmología le controla la úlcera corneal ojo derecho hallando mejoría parcial de ojo rojo, refiere disminución del dolor, gran edema perilesional, expansión de los infiltrados estromales y nuevas lesiones satélites perilesionales, no signos inflamatorios en el segmento anterior. Se comenta con especialista en córnea y se continúa igual manejo farmacológico. El 7 septiembre de 2018 el paciente se siente mejor, se observa úlcera con adelgazamiento leve asociado. El 10 septiembre 2018 hay disminución en el área de edema perilesional, ya no se observan lesiones satélites, leve reducción del tamaño de la úlcera. El 13 septiembre 2018 se observa endotelitis perilesional y escasas células en cámara anterior, leve reducción del tamaño de la úlcera. Se decide cambiar a Moxifloxacina (Fluoroquinolona de cuarta generación que actúa sobre gram positivos pero especialmente sobre gram negativos). El paciente refiere que debe viajar a Miami y efectivamente lo hace regresando el 1 octubre 2018; se le explicó al altísimo riesgo de pérdida ocular.

En el control del 1 octubre 2018 el paciente continúa con Vigamox(Moxifloxacina) presenta hiperemia ciliar y córnea con úlcera inferior y nasal con punteado querático, sin erosión epitelial, fenómeno de tyndall ++, no signos inflamatorios en cámara anterior. Diagnóstico: úlcera corneal ojo derecho, uveitis secundaria. Se maneja con corticoide sistémico. El 3 octubre 2018 mejoría del dolor y ojo rojo. Córnea clara colección blanquecina y edema estromal inferior y nasal del ojo derecho; se inició

manejo con corticoide tópico. El 5 octubre 2018 se encuentra agudeza visual sin corrección 20/60 en ojo derecho, estrías centrales en córnea, leucoma paraaxial en M4 de aproximadamente 3 mm de diámetro, cámara anterior grado III (normal), demás estructuras normales. Presión intraocular ojo derecho e izquierdo 10 mmHg. Diagnóstico: ametropía en ambos ojos, queratocono en ambos ojos, **úlceras corneal ojo derecho resuelta**, Leucoma residual ojo derecho. Manejo con cortioftal (acetato de prednisolona), gatifloxacin, No uso de lentes de contacto por una semana.

El 7 noviembre 2018 continúa con diagnóstico de úlcera cicatrizada en ojo derecho manejada con corticoide tópico, lubricante, zymarán (gatifloxacin), el paciente refiere persistencia de mala visión: agudeza visual ojo derecho 20/400, ojo izquierdo 20/30; se observa absceso intraestromal central, cristalino transparente transparente, presión intraocular 15/15. DIAGNÓSTICO: ABSCESO ESTROMAL OJO DERECHO DE POSIBLE ORIGEN MICÓTICO.

Se ordena continuar con Gatifloxacin (zymaran), corticoide tópico, se adiciona Natamicina. Ese mismo día es valorado por otros dos Médicos Oftalmólogos Especialistas en Córnea; por consenso deciden iniciar tratamiento con Natamicina con desepitelización corneal para su absorción previa anestesia local, por probable etiología micótica (el paciente niega contacto vegetal) en la lesión corneal de 7 mm horizontal por 5 mm vertical, adicionando antimicótico sistémico. El 13 noviembre 2018 agudeza visual sin corrección ojo derecho 20/150, cámara anterior grado III. El 14 noviembre la lesión corneal presenta algunas satélites, aparece hipopión, inició Natamicina previo raspado corneal, material al que se realiza KOH reportado negativo para hongos, reacción leucocitaria ausente, ausencia de gérmenes; igualmente se menciona que se tomó muestras para cultivo el cual no aparece reportado. Presenta remisión del hipopión, confluencia de las lesiones satélites, desepitelización interdiaria. Califican la evolución de la córnea como mejoría lenta pero progresiva y descartan la necesidad de realizar Cross linking (técnica para fortalecer la córnea de pacientes con queratocono utilizando luz ultravioleta previa solución de vitamina B2 sobre la córnea)

Se continúa la administración interdiaria de Natamicina previa desepitelización hasta el día 21 de diciembre 2018 inclusive.

El día 26 diciembre 2018 el paciente es valorado nuevamente por el Médico Oftalmólogo quien le manejó la úlcera corneal hasta su resolución encontrando ahora úlcera corneal central perforada en ojo derecho con edema perilesional, melting central, atalamia. Ojo derecho percibe luz. Ese mismo día, de manera urgente, es llevado a cirugía para realizar recubrimiento conjuntival de la perforación corneal. En la valoración prequirúrgica seidell negativo, úlcera corneal central de 6 mm con signos de inminencia de Perforación. Por presencia de suturas expuestas se deja lente de contacto, control en dos días. Continúa con Natamicina y Vigadexa, evoluciona con cámara panda, absceso central estromal sin cambios en el tamaño, se decide iniciar vancomicina, continuaron Natamicina, se dan órdenes para **queratoplastia urgente**, la cual se realiza, de tipo tectónico+ extracción de cristalino, el día 11 enero 2019 por úlcera micótica y bacteriana perforada.

Evoluciona con vitritis y glaucoma maligno, no hay cámara anterior, continua con vancomicina + natamicina. El 23 enero 2019 en conjunto con Oftalmóloga Especialista en Vitreo y Retina se realiza vitrectomía + inyección de antibióticos intravítreos para controlar el glaucoma maligno y posteriormente seguir trabajando en controlar la infección.

El ojo derecho no percibe luz, hay quemosis (signo de irritación del ojo -la conjuntiva luce como una ampolla grande), córnea con injerto transparente, cámara anterior panda, hifema con coágulos 60%. Se decidió reformar cámara con aire + pupiloplastia urgente. Mal pronóstico visual y estructural de ojo derecho.

Hay desprendimiento coroideo en los cuadrantes inferiores, resolución del 80% del absceso periférico. En evolución del 30 enero de 2019: "se ha logrado controlar la infección pero el ojo está hipotónico" probablemente por inflamación y membrana ciclóica (membrana opaca que se sitúa en el área pupilar tras distintos procesos inflamatorios oculares). Se inicia prednisolona tópica y sistémica para mejorar hipotonía, vancomicina para controlar la infección. Desde el 6 febrero de 2019 percibe luz y percibe colores. El miércoles 13 de febrero de 2019 la ecografía reporta desaparición del desprendimiento coroideo y vitreitis moderada. **Se solicita valoración por Psicología.**

La ecografía de control reporta moderadas opacidades vítreas (vitritis). Desprendimiento vítreo parcial. Retina aplicada. No desprendimiento coroideo. Al examen injerto de córnea en posición, edematizada, atalamia, tono digital bajo. Término tratamiento con Vancomicina, debe continuar prednisolona y atropina. En esta época no está usando ningún tipo de corrección visual, el ojo derecho percibe luz y colores, agudeza visual del ojo izquierdo 20/50.

El injerto tectónico se observa engrosado, aclarando sutilmente por lo que permite ver iris con pupila miótica. Persiste atalamia severa que será controlado lentamente. Hay neovascularización del botón corneal por injerto tectónico. No hay signos de reinfección ocular del ojo derecho. Ametropía no corregida del ojo izquierdo. La ecografía del 20 marzo 2019 reporta desprendimiento vítreo posterior total, retina aplicada en toda su extensión. Cabeza del nervio óptico de aspecto normal y diámetro anteroposterior simétrico. Agudeza visual ojo izquierdo 20/50.

Se decide por aspecto corneal retirar suturas sueltas y de esclerotomías, sin continuar igual tratamiento médico: corticoides tópicos y atropina. Por mejoría parcial de la cámara anterior se propone hacer queratoplastia con recambio de botón tectónico por uno normal con intención de rehabilitación visual a futuro y mejorar el aspecto del segmento anterior con reforma de la Cámara. Se explicaron en detalle riesgos y pronóstico. Se insiste en que esto es un nuevo paso para tratar de lograr algo de rehabilitación visual del ojo.

El 30 abril 2019 se realiza queratoplastia penetrante en ojo derecho con liberación de adherencias del segmento anterior, pupila y de anatomía quirúrgica. Se prescriben corticoides y moxifloxacina tópica. Informa que ve más claro que antes. Actualmente con afaquia. Posteriormente se prescriben corticoides tópicos. Agudeza visual sin lentes de contacto 20/400 en ojo derecho.

El 14 agosto 2019 se le diagnostica por suelo en párpado superior derecho que posteriormente evolucionó a chalazion que se resuelve quirúrgicamente.

El 5 febrero 2020 agudeza visual sin corrección ojo derecho 20/100, ojo izquierdo 20/50.

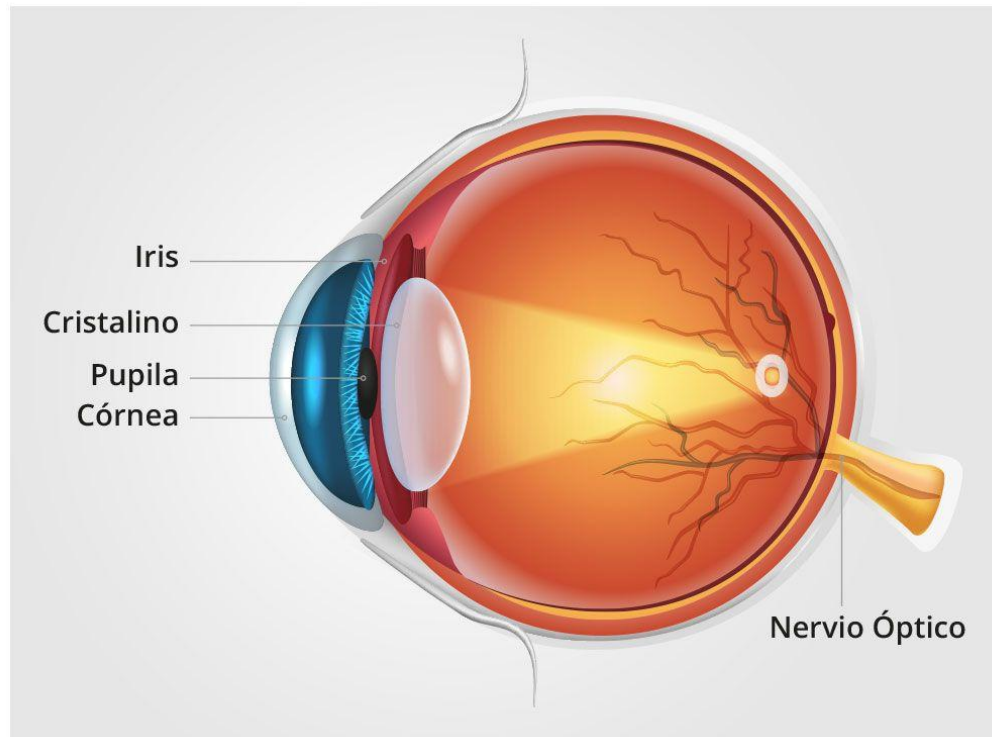
El 11 marzo 2020 iris aposicionado sobre córnea, coágulo en cámara anterior y presión intraocular alta. Queratitis intersticial y profunda ojo derecho. Durante la cirugía se observa iris pegado a la córnea en 360°, tono digital alto, burbuja de aire en cámara di Tella que ayuda al desplazamiento del iris hacia anterior.

Procedimiento: sutura del iris y formación de cámara anterior con aire ojo derecho.

El 19 de agosto de 2020 aporta pentacam para inicio de retiro de puntos en ojo derecho. Se puede iniciar proceso de implante de lente secundario en cámara anterior. Se solicita biometría y nueva optometría. Se explica que después de este procedimiento puede presentarse descompensación corneal que puede requerir de un nuevo trasplante. El 28 de 2020 Agudeza visual sin corrección: ojo derecho: percibe luz; ojo izquierdo 20/50.

El paciente tiene cita para valoración preanestésica y Biometría el día 13 de noviembre de 2020.

REVISION TEÓRICA



El globo ocular es el órgano principal de la visión. Está formado por tres capas de tejido, tres cámaras y una lente. Se encuentra ubicado en la fosa orbitaria y rodeado por estructuras que proporcionan protección (párpados), lubricación (sistema lagrimal) y movilidad (músculos oculares). La capa más externa o de soporte está compuesta fundamentalmente por la esclerótica (el blanco del ojo) que le confiere rigidez y protección al globo ocular. En la parte frontal de la esclerótica se encuentra la córnea, a través de la cuál entra la luz en el ojo. Delante de ésta se encuentra la conjuntiva, membrana mucosa que recubre anterior del globo ocular y tapiza los párpados. La túnica intermedia del ojo se llama úvea que está formada por el iris, el cuerpo ciliar y la coroides. La pupila es una abertura ajustable en el centro del iris en respuesta a la luz disponible. La capa más interna es la retina que contiene una capa de tejido nervioso (capa neural) y una capa pigmentada que contiene las células nerviosas fotorreceptoras (conos y bastones). La fovea central es un área situada en el centro de la retina donde se localizan los conos. El disco óptico o papila óptica es el punto de la retina por donde penetra el nervio óptico. Existen tres cámaras en el globo ocular: la cámara anterior, la posterior y la vítrea. La primera está localizada entre el iris y la

córnea y la segunda entre la cara posterior del iris y el cristalino. Ambas cámaras se llenan de humor acuoso, el cuál es segregado en los cuerpos ciliares y circula desde la cámara posterior a la cámara anterior y de ahí pasa a la circulación general través del canal de Schlem. La cámara vítrea se sitúa entre el cristalino y la retina y está compuesta por una sustancia gelatinosa denominada vítreo. La lente o cristalino es un cuerpo elástico que cambia de forma para enfocar la luz en la retina. La pérdida de transparencia de esta lente o de su cápsula origina las cataratas.(11)

Qué es la córnea La córnea es la capa más externa de la parte anterior del ojo, y tiene una función óptica y protectora. Situada por delante del iris y de la pupila, se continúa con la esclerótica a través de una zona de transición, muy vascularizada, denominada limbo. La cornea tiene gran capacidad de regeneración y cicatrización.

Es la estructura del ojo con mayor capacidad refractiva (potencia óptica) y posee algunas características esenciales, como son las siguientes:**Transparente**, para permitir el paso de la luz al interior del ojo sin mediar ningún tipo de obstáculo.**Asférica**, es decir, presenta una forma esférica en el centro, pero su curvatura se aplanan hacia la periferia, adoptando una forma ovalada.**Avascular**, lo que significa que carece de vasos sanguíneos para permitir su transparencia.El oxígeno y los nutrientes los recibe tanto de la película lagrimal, que la recubre por su cara externa, como del humor acuoso (líquido que circula en segmento anterior del ojo), con el que delimita por su parte posterior.**La córnea no solo permite la entrada de luz al ojo sino que, además, protege al iris y al cristalino frente a elementos externos nocivos, como por ejemplo el polvo, la suciedad, los gérmenes, etc.**Sin embargo, para que la córnea cumpla correctamente con sus cometidos resulta indispensable no solo su transparencia, sino que además ha de mantener una curvatura adecuada, ya que de su curvatura dependerá el enfoque de los objetos, tanto de lejos como de cerca.

El oxígeno y los nutrientes los recibe tanto de la película lagrimal, que la recubre por su cara externa, como del humor acuoso (líquido que circula en segmento anterior del ojo), con el que delimita por su parte posterior.

La córnea no solo permite la entrada de luz al ojo sino que, además, protege al iris y al cristalino frente a elementos externos nocivos, como por ejemplo el polvo, la suciedad, los gérmenes, etc.

Sin embargo, para que la córnea cumpla correctamente con sus cometidos resulta indispensable no solo su transparencia, sino que además ha de mantener una curvatura adecuada, ya que de su curvatura dependerá el enfoque de los objetos, tanto de lejos como de cerca.

Capas de la córnea Por lo que respecta a las capas de la córnea, podemos distinguir desde fuera hacia dentro:

Epitelio Corneal Es la capa más externa de la córnea y en términos generales, viene a representar el 10% de su grosor (unas 50 micras).Se halla en constante contacto con la película lagrimal. Está formado por 5-7 capas de células estrechamente unidas entre sí mediante unas estructuras celulares, que actúan como puntos de soldadura entre las células, llamadas desmosomas. Esta cohesión es tan fuerte que crea una barrera impermeable que impide el paso del líquido y moléculas de la lágrima, a través de esta capa, hacia el estroma.En cualquier caso y en el supuesto de producirse lesiones, debemos resaltar su gran capacidad de regeneración y cicatrización.

Membrana de Bowman o membrana basal anterior se trata de una capa acelular de tejido transparente, y solo existe en los primates, de modo que el resto de mamíferos carecen de ella. Está formada por fibrillas de colágeno distribuidas al azar. En cuanto a sus principales funciones, no solo actúa como barrera protectora frente a la invasión de microorganismos y otras células, sino que además, confiere estabilidad a la córnea y contribuye a mantener su forma. Cualquier lesión en la Membrana de Bowman deja como resultado la aparición de una cicatriz, pues esta capa no tiene capacidad de regeneración.

Estroma Se halla constituido por fibrillas de colágeno, queratocitos y sustancia fundamental. Las fibrillas de colágeno forman un entramado de laminillas entrelazadas entre sí y dispuestas, en paralelo, a la superficie corneal. Estas fibrillas mantienen una distribución muy regular, gracias a la cual la córnea es transparente. Entre las citadas laminillas encontramos los queratocitos, que son las células que predominan en el estroma. Son células aplanadas y con grandes prolongaciones. Cuando se produce un daño en el estroma, los queratocitos se desplazan a la zona dañada para provocar la formación de colágeno y la consiguiente cicatrización. **Estas cicatrices o “leucomas” pierden la transparencia,** y dependiendo de su ubicación y extensión pueden llevar a una pérdida de agudeza visual más o menos importante.

Capa Dua

Descubrimiento En el año 2013 fue descubierta esta nueva capa, situada entre el estroma y la Membrana de Descemet y que recibe el nombre de Capa Dua en honor a su descubridor, el profesor [Harminder Dua](#). Se trata de una capa que pese a tener tan solo 15 micras de espesor, es tremendamente fuerte y resistente. De hecho, está formada por placas de colágeno que se ramifican para formar el núcleo de una auténtica malla, conocida como malla trabecular, principal vía de drenaje del humor acuoso.

Beneficios de este descubrimiento arroja nuevas y prometedoras expectativas en lo que se refiere al trasplante, propiamente dicho, de córnea.

Membrana de Descemet o membrana o membrana basal posterior Es una membrana gruesa producida por el endotelio, que aumenta una micra de espesor cada 10 años. Carece de células y está formada, principalmente, por fibrillas de colágeno y proteínas, como la laminina y la fibronectina. En caso de lesión, es una capa que se regenera con facilidad y funciona como adhesivo de las células endoteliales de la membrana.

Endotelio o epitelio posterior Está constituido por una única capa de células poligonales, de forma predominantemente hexagonal, que tapizan la parte posterior de la córnea en contacto con el humor acuoso que se encuentra en la cámara anterior del ojo. El endotelio constituye una barrera semipermeable, de manera que permite el paso de nutrientes desde el humor acuoso hacia el estroma, pero al mismo tiempo bombea líquido fuera de la córnea para que esta se mantenga transparente. De esta forma, mantiene una hidratación de la córnea constante para garantizar así su transparencia. Cuando disminuye el número de células endoteliales, ya sea por el paso de los años, traumatismos, cirugía o ciertas patologías, estas no pueden regenerarse e intentan mantener su función mediante un aumento de tamaño. Si se sobrepasa un umbral de pérdida en el que ya no pueden mantener el equilibrio hídrico de la córnea, esta acumula agua y decimos que se edematiza o descompensa. El edema corneal es la primera causa de trasplante de córnea en los países desarrollados.

QUERATITIS OCULAR O ÚLCERA CORNEAL EN EL OJO.

Infecciones bacterianas (queratitis bacterianas) **son las más comunes entre los que usan lentes de contacto**, sobre todo en aquellos que exceden las horas de uso indicadas por los especialistas.

Infecciones fúngicas o micóticas: pueden aparecer por el uso inadecuado de lentes de contacto, por el uso de colirios con esteroides o por la entrada de material vegetal en el ojo.

Infecciones parasitarias: la más habitual es la queratitis por *acanthamoeba*, ameba unicelular que suele encontrarse en el agua dulce y en el suelo que provoca una infección grave, especialmente las personas que usan lentes de contacto.

Infecciones virales: se diagnostican clínicamente por su apariencia dendrítica pero la PCR confirma el diagnóstico con alta sensibilidad.

QUERATITIS INFECCIOSA Los antibióticos tópicos continúan siendo el mejor tratamiento para la queratitis bacteriana. Sin embargo los resultados son pobres en los casos de perforación, cicatriz y melting corneal. Las terapias adyuvantes dirigidas a reducir la respuesta inmune asociada con queratitis incluyen los corticoides tópicos.

En EEUU, la Queratitis bacteriana es la más asociada con el uso de lentes de contacto. Los casos severos pueden progresar rápidamente y causar pérdida permanente de la visión requiriendo transplante corneal. En este país igualmente se ha reportado resistencia a la clase de antibióticos que más se prescribe, la fluorquinolonas. Se recomiendan las pruebas de sensibilidad y cultivo de córnea para todas las úlceras corneales.(10)

La queratitis bacteriana es una grave afección en la que es inexcusable la toma de muestras para Gram, cultivo y antibiograma. El tratamiento debe ser enérgico. En el caso de la úlcera, la desepitelización favorece la penetración del fármaco. En caso de *Stafilococcus aureus* resistente, resulta útil la vancomicina.

El manejo de las queratitis fúngicas frecuentemente tiene peores resultados que las úlceras bacterianas. Igualmente el uso de lentes de contacto ha sido identificado como un factor de riesgo para este tipo de queratitis. El uso de la natamicina para su tratamiento se ha preconizado como el más beneficioso en particular frente al *Fusarium*.(10)

Infecciones bacterianas

Existen gérmenes que con mayor frecuencia producen úlceras bacterianas y en dependencia de las características de la úlcera se puede sospechar la presencia de uno u otro germen: ***Streptococcus pneumoniae***: se asocia a traumatismos oculares. Las manifestaciones clínicas pueden ser precoces e intensas; el borde de la úlcera es socavado y cubierto de tejido sobresale por encima; la reacción en cámara anterior es aguda; hay perforación frecuente, presencia de hipopión, supuración ovalada del estroma blanco amarillento y aumento de opacidad rodeada por córnea relativamente clara.

- ***Staphilococcus aureus***: cursa con úlcera redonda u oval, a veces difusa, microabcesos en estroma anterior que se conectan mediante infiltrados del estroma.

Su desarrollo es superior y en profundidad. Son frecuentes el hipopión estéril y las placas endoteliales.

- **Pseudomonas sp:** requieren de lesión corneal previa. Provocan secreción mucopurulenta que se adhiere a la superficie de la úlcera. Se extienden rápidamente, duplican su tamaño en 24 h y producen perforación en 2–5 días. Pueden ser centrales o paracentrales, redondas con aspecto gelatinoso y se desplazan con el movimiento de los párpados. Producen necrosis y densos infiltrados del estroma corneal posterior, placas endoteliales e hipopión. La porción no ulcerada de la córnea presentará aspecto grisáceo epitelial difuso o vidrio deslustrado.(6)

Comienza con un infiltrado gris o amarillento en el sitio de rotura del epitelio corneal. Se acompaña de dolor intenso. La lesión tiende a diseminarse rápidamente en todas las direcciones debido a las enzimas proteolíticas producidas por los microorganismos. Frecuentemente hay hipopión grande. El infiltrado y el exudado pueden tener un color verde azulado. Puede encontrarse asociado a abrasiones menores de la córnea o el uso de lentes de contacto blandos. (8)

La cicatrización debida a ulceración corneal es una causa importante de ceguera y alteración de la visión en todo el mundo. La mayor parte de ésta pérdida de la agudeza visual es prevenible, pero sólo si se hace un diagnóstico etiológico en etapa temprana y se aplica el tratamiento apropiado.

EPIDEMIOLOGÍA. Esta enfermedad tiene distribución mundial y se encuentra en todas las edades.

CUADRO CLINICO El dolor, el enrojecimiento y la inflamación son los síntomas principales y la intensidad del dolor varía de acuerdo al grado de tumefacción y etiología de la úlcera. Es frecuente ver abundante secreción purulenta en el ojo afectado.

Úlceras por Neumococo:

Es una causa común de úlceras bacterianas de la córnea. Suele presentarse 24 ó 48 horas después de la inoculación en una córnea con escoriaciones. Se produce una úlcera gris bien circunscrita que tiende a generalizarse de manera irregular desde su sitio original de infección. El borde progresivo muestra ulceración activa e infiltración, a medida que el borde rezagado comienza a cicatrizar por lo que se llamó úlcera serpigínea aguda. Primero se afectan las capas superficiales y luego el parénquima profundo. El hipopión es común.

Úlcera por Streptococo pyogenes: No tienen características que permitan identificarlas. El estroma corneal circundante a menudo presenta infiltración y edema, y suele haber un hipopión moderadamente grande.

Úlceras por **Stafilococo aureus, epidermidis:** Hoy en día se ven con mayor frecuencia que antes, y a gran parte de las mismas, en corneas expuestas a riesgo por el uso de corticoides locales. Las úlceras a menudo son indolentes, pero pueden acompañarse de hipopión y algo de infiltración corneal circundante. A menudo son superficiales y el lecho de la úlcera se siente firme al rasparse. (8)

DIAGNÓSTICO. Se realiza a través del interrogatorio del paciente, del cuadro clínico y el examen oftalmológico con lámpara de hendidura. Raspado de la lesión para estudio bacteriológico (tinción y cultivo para bacterias y hongos). Si no hay respuesta adecuada al tratamiento, repetir cultivo o realizar biopsia ante cultivos negativos. (8)

Es importante señalar que hay además microorganismos capaces de producir úlcera en córneas con epitelio intacto, como son la *Neisseria meningitidis*, la *Neisseria gonorrhoeae* y el *Corinebacterium diphteriae*. En cuanto al tratamiento quirúrgico, se puede realizar debridamiento regular con hoja del escalpelo o espátula de Kimura, que elimina tejido necrótico y favorece la penetración del medicamento, por lo que tiene función diagnóstica y terapéutica. La queratectomía y el recubrimiento de conjuntiva aislados o asociados se emplean cuando hay control de la sepsis en casos de descemetocel y perforaciones de menos de 3 mm. Se sugiere dejar la conjuntiva laxa y que quede una zona libre que permita evaluar la evolución de la córnea. La queratoplastia perforante se realiza cuando no se obtiene mejoría clínica, no se logra control de la sepsis, hay extensión a otras estructuras (escleral, vítreo), existe gran descemetocel con riesgo inminente de perforación, y perforación corneal mayor de 3 mm. En caso de indicación para tratamiento de la sepsis, se le denomina terapéutica; y tectónica si hay pérdida de tejido. (6)

Generalidades de la queratitis micótica: el manejo de la Queratomicosis depende de la identificación temprana del agente causal. Se debe realizar cultivo a los lentes de contacto usados por el paciente durante la aparición de la infección, así como sus respectivas fundas; igualmente se debe hacer cultivo a las soluciones de limpieza de los lentes de contacto. La experiencia del médico es fundamental a la hora de distinguir entre estos tipos de queratitis no infecciosas y de queratitis microbianas, de estas últimas descartar o confirmar que sea por hongos y posteriormente determinar si es por un hongo filamentosos o no filamentosos.

La clasificación de la etiología de la úlcera es fundamental; cuando se trata de etiología micótica, si el hongo es filamentosos, la primera elección es Natamicina tópica, si el hongo es no filamentosos se puede iniciar con natamicina seguido de otros tratamientos como ketoconazol. Si la infección sigue empeorando o se empeora el estado de la cámara anterior, el tratamiento quirúrgico puede estar indicado. Esto incluye Queratoplastia terapéutica y en casos graves puede ser necesaria la enucleación. Es importante señalar que la anfotericina B es tóxica para la superficie ocular en la cual su absorción también es mala (7)

Cuando el hongo es no filamentosos o moho - pluricelular constituido por estructuras llamadas hifas. Éstas poseen capacidad de ramificación y en conjunto se denominan micelios o levaduras.

El diagnóstico puede retrasarse por dos razones principales una en el lento crecimiento del suficiente número de hongos en medio de cultivo rutinario y la segunda por la escasa disponibilidad de material infectado tomado de la córnea, por lo que no siempre es posible la intervención específica temprana, lo que representa mayores secuelas para el paciente.(4)

El tratamiento debe iniciarse rápidamente para lograr el control de la infección y evitar la aparición de complicaciones. Generalmente se comienza el plan terapéutico con antibióticos de amplio espectro. Una vez identificada la causa de la úlcera se prescribe medicamentos más específicos: antimicóticos, antiparasitarios o antivirales. (6)

Las Queratitis Fúngicas constituyen un problema sanitario en las zonas rurales de los países subtropicales y tropicales en vías de desarrollo. Su incidencia aumenta al disminuir la latitud y aumentar la T° ambiental. En nuestro medio la mayoría tienen un origen bacteriano (70-90%), hongos y parásitos pueden estar implicados en su patogenia, o bien ser polimicrobianas. Las Queratitis Fúngicas, han aumentado en la

actualidad a causa del fenómeno de la inmigración, del desarrollo de la cirugía corneal y del abuso de antibióticos y corticoides tópicos.(7)

El pronóstico visual de los pacientes dependerá del diagnóstico temprano y tratamiento médico oportuno.

El manejo de la queratitis micótica resulta difícil por algunas razones como dificultades en la identificación del hongo, confusión con otros tipos de queratitis, respuesta lenta o poco satisfactoria al manejo médico disponible en el mercado actual, difícil disponibilidad de los fármacos de primera elección en presentación oftálmica, severidad de las escuelas e incapacidad que producen.(3)

Epidemiología: a nivel mundial representa entre el 4 y el 60% de las úlceras corneales infecciosas. El uso de lentes de contacto es la causa más frecuente en países desarrollados, en los que están en vías de desarrollo la principal causa es el contacto directo o trauma vegetal y a nivel global es el creciente uso de los corticoides tópicos oculares. Es más frecuente en hombres que en mujeres.

Los hongos no pueden penetrar en el epitelio corneal intacto y tampoco entran en la córnea desde los vasos episclerales límbicos. Necesitan una lesión penetrante o un defecto epitelial previo para entrar en la córnea. Esto explica que la invasión corneal suele ser secundaria a un traumatismo con material orgánico. Una vez dentro son capaces de proliferar. En relación con los lentes de contacto, el trauma que se asocia con ellos es minúsculo, aunque suficiente como factor de riesgo. La *Cándida* es la principal en los lentes de contacto terapéuticos y los hongos filamentosos se asocian más con el desgaste de las lentillas (ésta se usan sólo un día o cada 15 días).(3)

El traumatismo penetrante puede inocular directamente los gérmenes en el estroma. Cuando los microorganismos alcanzan el estroma se pueden adherir y multiplicar en él y comenzar a liberar enzimas y toxinas que destruyen el tejido y provocan una reacción inflamatoria. (5)

La reactividad causada por *Fusarium Solanum* puede concurrir con un glaucoma maligno.

Tratamiento Queratitis micótica.

La penetración del hongo hacia las capas profundas de la córnea ensombrece el pronóstico del cuadro, lo que hace necesario que los antimicóticos usados posean un excelente penetración tanto a nivel corneal como intraocular, sin embargo son pocos los que ofrecen este beneficio sin causar una reacción tóxica a nivel ocular. Se dispone de natamicina, anfotericina B, nistatina, Azoles como alilamina como terbinafina y equinocandinos como caspofungina. Todos estos antimicóticos tienen escasa penetración corneal después de la administración tópica.

Los antimicóticos sistémicos como complemento en casos severos, en donde hay una reacción de la cámara anterior.

La natamicina al 5% es la terapéutica de primera línea en el manejo de la queratitis fúngica, es el único agente oftálmico de uso tópico aprobado y la droga de elección contra la queratitis por hongos filamentosos pero la penetración en general es limitada. Sólo alrededor del 2% del fármaco es biodisponible tras su administración tópica lo cual complica la utilidad de la natamicina aún más por el hecho de que se asienta y se degrada fácilmente reduciendo su efecto.

Queratitis por *Pseudomona Aeruginosa* La queratitis microbiana (QM) es una seria complicación asociada al mal uso de lentes de contacto (LC) y puede presentarse con cualquier tipo de LC. La adherencia de *Pseudomonas* sp a los lentes de contacto ha sido estudiada por muchos autores. Miller y Ahearn (1987) determinaron que las proteínas lagrimales como albúmina, gammaglobulinas y lisozimas no son eliminadas completamente con la solución de mantenimiento³, causando que estas proteínas se adhieran a la superficie del lente, facilitando la adherencia de *Pseudomonas* sp, más aún si éste se encuentra rayado. La virulencia de *Pseudomonas aeruginosa* en la QM, se ha asociado posteriormente a varios factores extracelulares y productos bacterianos como son proteasas alcalinas y a una reciente proteasa pequeña, denominada PASP (*P. aeruginosa small protease*) que contribuye a las erosiones epiteliales en la queratitis causada por este agente. (12)

Por otra parte, la falta de lágrima que se produce por baja lubricación en el uso extendido, es un factor que debería tenerse en cuenta en los usuarios de lentes de contacto, debido a que la lágrima es la portadora de lisozimas, lactoferrinas, (3-lisinas e inmu-noglobulinas) que al estar el lente deshidratado, facilita la adherencia molecular de *P. aeruginosa*.

Los factores que predisponen a una invasión patógena corneal son principalmente la exposición al mismo, la adherencia a la córnea y la invasión al estroma corneal.

Hipoxia. El hecho de que la córnea y su integridad estructural permanezcan en condiciones de transparencia y avascular es el principal criterio por el cual los profesionales pueden juzgar la seguridad del uso de LC. Es mucho lo que se ha escrito sobre las necesidades de la córnea por una adecuada oxigenación cuando se usan LC, como también de la habilidad de gran cantidad de materiales para LC para proporcionar dicha oxigenación (Dk, Dk/t). Nuestro conocimiento actual sobre la hipoxia asociada al uso de LC ha llevado al desarrollo de materiales excepcionales con alto Dk, tanto en polímeros RGP como en polímeros de hidrogel de silicona, los cuales pueden mantener la córnea libre de la hipoxia inducida por el uso de los LC, en condiciones de uso diario y de uso continuo.

De manera paralela, diversos estudios han demostrado el papel de la hipoxia en la unión de *Pseudomonas* sp a las células del epitelio corneal, requisito indispensable para que esta bacteria infecte la córnea (12)

Los pacientes que presentan signos y síntomas consistentes con una QM requieren un manejo médico inmediato. Las úlceras pequeñas (< 2 mm) en el estroma anterior usualmente responden bien a la monoterapia con fluoroquinolonas, prescritas agresivamente de acuerdo a los protocolos establecidos. Las úlceras mayores (> 2 mm) y más graves, y aquellas que se encuentran en el eje visual, deben tratarse con fluoroquinolonas tópicas en combinación con antimicrobianos reforzados. Los ciclopléjicos se utilizan para mitigar la reacción de la cámara anterior, al igual que para prevenir sinequias posteriores.

Habitualmente no se hacen cultivos en úlceras periféricas pequeñas, en cambio deben hacerse en lesiones mayores de 2 mm, o que comprometan más de un tercio del espesor corneal o el eje visual. El cultivo debe incluir además de la secreción, el estuche del lente y la solución.

El entrenamiento de médicos generales en los servicios de urgencia para el manejo de este tipo de lesión debe ser una responsabilidad de los especialistas en salud visual.

Se debe descartar, como diagnóstico diferencial, *Acanthamoeba* sp en presencia de anillo estromal en el limbo, intenso dolor y pseudodendritas, o queratitis fúngica que manifiesta infiltrados satélites de aparición más lenta y bordes muy irregulares en la lesión. Una buena anamnesis es muy útil para descartar que el paciente haya empleado agua de la llave, lo cual se asocia frecuentemente a infección por *Acanthamoeba* sp en usuarios de lentes de contacto. Es importante registrar la fecha de aparición, el tamaño, la profundidad y la ubicación central o periférica de la lesión, pues la córnea es más vulnerable inmunológicamente al centro que en la periferia. Mientras se obtienen los reportes microbiológicos, se debe realizar un seguimiento diario al paciente hasta haber controlado el agente etiológico.(12)

Un régimen de lubricación más riguroso en los usuarios de estos lentes prevendría estas infecciones graves causadas por *Pseudomonas* sp que ponen en riesgo la integridad visual.

El uso de lentes de contacto es un factor de riesgo para la QM en general si no se realiza una correcta higiene y se utiliza por más tiempo del permitido, pues se induce a hipoxia y deshidratación corneal. Debe evaluarse a la vez, la frecuencia de uso de lubricante ocular, evaporación lagrimal y alteración en la PLPL (película lipídica prelente).

Un punto clave para comprender la fisiopatología de la infección por *Pseudomonas* sp es saber por qué esta bacteria no se adhiere a la córnea sana, cuando se sabe que sí lo hace a la mayoría de las superficies, incluso inertes, sin necesidad de receptores específicos. La respuesta se halla en las capas protectoras naturales de la superficie corneal, concretamente en la mucina de la película lagrimal y el glicocáliz de la superficie epitelial (que también contiene moléculas de mucina y fibronectina); estas estructuras inhiben la adherencia de *Pseudomonas* a la superficie intacta de la córnea sana. El mecanismo preciso consiste en que la unión de *Pseudomonas* a las moléculas de mucina inhibe competitivamente la adherencia bacteriana a la córnea. El porte de LC elimina estas capas protectoras y permite la adhesión de la bacteria al epitelio. Es bien sabido que la pseudomona sp abre el epitelio corneal permitiendo la entrada del hongo. Al final, este tipo de infecciones suele evolucionar con un leucoma residual que remite con queratoplastia. (12)

Recomendaciones

Es importante, para prevenir estos casos, que el paciente tenga lubricado su lente de contacto diariamente, pues la resequedad ocular aumenta la adherencia de los patógenos a la superficie corneal. La lágrima es una barrera inmunológica que debe ser sustituida en los usuarios de LC con mayor frecuencia de uso. Es necesaria una muy buena higiene semanal, no sólo con la solución multipropósito, sino incluso con un limpiador que retire detritos y proteínas. Los autores creen que el tatuaje ocular previo, puede favorecer el desequilibrio de la microbiota ocular normal y predisponer a la presencia de patógenos más agresivos como *Pseudomonas* sp. Los casos reportados recientemente de infecciones causadas por *Fusarium* sp con soluciones preservadas con poliamino-propil-biguanida, nos ponen en alerta para regímenes de limpieza más agresivos contra estos patógenos muy adaptados. Por otra parte, ante la presencia de úlcera corneal central en usuarios de lentes de contacto, se debe iniciar terapia antibacteriana sin corticosteroides, preferiblemente con fluoroquinolonas, con valoración diaria, hasta eliminar el patógeno agresivo.(12)

Protocolo terapéutico: todo infiltrado corneal o úlcera se trata como bacteriana si no existe una alta sospecha de otra infección (micótica, acanthamoeba y virus del herpes

simple).El tratamiento ambulatorio u hospitalario o depende de la gravedad de ésta y la confiabilidad en el paciente.Tratamiento médico: 1 -No oclusión del ojo. 2 -No uso de lentes de contacto: porque favorecen la perpetuación de la alteración. 3- Antibacterianos tópicos. 4-Dosis de impregnación. (1)

Generalidades en QUERATITIS-ULCERACORNEAL

Los criterios de úlcera grave de la córnea son: úlceras centrales, con diámetro mayor o igual a 6 mm, profundidad mayor de 2/3, hipopión. La porción no ulcerada de la córnea presentará aspecto grisáceo y epitelial difuso o vidrio deslustrado. De forma general no se recomienda oclusión del ojo, el uso de lentes de contacto y utilizar esteroides; (6)

NO SE RECOMIENDA LA APLICACIÓN DE ESTEROIDES durante la infección activa porque favorecen la replicación de algunos microorganismos y puede retrasar la desepitelización corneal. Una vez controlada la infección los esteroides se usan para reducir el proceso de cicatrización. (6)

TRATAMIENTO DE LA QUERATITIS: importante el uso de midriáticos ciclopléjicos (atropina, homatropina): aumenta el bienestar, disminuye la inflamación y previene la formación de sinequias posteriores.

Hipotensores oculares tópicos y sistémicos como timolol al 0. 5%, betasolol colirio, dorzolamida y acetazolamida. Aines tópicos como diclofenaco.

Se recomienda uso combinado de antimicrobianos: aminoglicósidos + cefalosporinas o Aminoglicósidos + quinolonas (ciprofloxacina, gatifloxacina) (3)

Úlcera corneal

En países en desarrollo como la India, la principal causa de úlcera corneal es el trauma ocular mientras que en países desarrollados la causa más común es el uso de lentes de contacto. Las úlceras corneales bacterianas son el resultado de la penetración de la bacteria después de una alteración de la barrera epitelial corneana, excepto organismos como el gonococo que penetran el epitelio intacto para causar la úlcera. Factores que predisponen al epitelio como edema corneal, uso prolongado de lentes de contacto (especialmente los que se siguen usando durante la noche, ojos secos y trauma lo hacen vulnerable a la infección corneal. El principal microorganismo es la Pseudomona aeruginosa la cual utiliza el glicocalix (proteínas y carbohidratos) que se adhiere al epitelio y luego invade el estroma a través de una alteración en el epitelio. Las células inflamatorias o polimorfonucleares alcanzan la lesión epitelial desde las lágrimas y los vasos del limbo los cuales liberan citoquinas e interleuquinas resultando una invasión progresiva de la córnea que incrementa el tamaño de la úlcera.

En las infecciones micóticas la respuesta es menos agresiva y lenta comparada con las bacterias. (9).

Protocolos de tratamiento: en la mayoría de los casos la infección se resuelve sin realizar cirugía. Sin embargo la intervención quirúrgica es requerida dependiendo de si la infección está resuelta o no. La iniciación del tratamiento está basada en el juicio clínico, y el reporte del frotis; el tratamiento es modificado de acuerdo al reporte del cultivo y a la respuesta clínica.

MANEJO QUIRÚRGICO

Se debe luchar para lograr la integridad del globo ocular.

Recubrimiento Conjuntival El recubrimiento conjuntival se realiza con el objetivo de lograr un vendaje natural que ayude a la correcta cicatrización del territorio subyacente, y consiste en la transposición de una delgada capa de tejido conjuntival hacia la córnea, para cubrir la lesión. El recubrimiento conjuntival no ofrece un soporte tectónico por sí solo por lo cual no debe utilizarse para tratar una perforación mayor de 3 mm. (2) El recubrimiento conjuntival resulta simple y eficaz en pacientes que no responden adecuadamente a tratamiento médico o donde la implantación de la membrana amniótica no logró el objetivo de reducir la inflamación y de favorecer la cicatrización, así como en casos de pérdida de tejido corneal. Es un procedimiento extraocular que puede realizarse de urgencia y puede ser revertido para realizar cirugías que restauren la visión además de la integridad del globo ocular. Hoy en día, la accesibilidad de una orden de donante y la posibilidad de realizar trasplantes de membrana amniótica han relegado la técnica a casos muy aislados, pero teniendo en cuenta la sencillez de la maniobra, su aplicación con anestesia local y el no depender de un tejido donado, permite que la técnica de recubrimiento total permanezca vigente para casos "desesperados" (2)

QUERATOPLASTIA PENETRANTE: la queratoplastia, injerto o trasplante de córnea es la sustitución parcial o total de la córnea por la obtenida de un donante generalmente cadavérico o del propio receptor.

El Queratocono constituyó la principal indicación de las queratoplastias realizadas. Este fue un estudio realizado entre 1998 y 2002. La supervivencia media el injerto al año de la cirugía fue de 93.77%. (4)

En la actualidad las principales indicaciones para la Queratoplastia penetrante se pueden agrupar en cuatro categorías (4)

1. Queratoplastia Óptica: para mejorar la agudeza visual.

2. Queratoplastia Tectónica: está indicada para restaurar la estructura corneal o prevenir una pérdida del globo ocular tras perforación.

Queratoplastia terapéutica: cuando se realiza para actuar sobre una enfermedad corneal activa, por ejemplo queratitis infecciosa persistente.

Queratoplastia cosmética: estaría indicada en caso de opacidad corneal desfigurante sin expectativas visuales. (4)

La clasificación del pronóstico prequirúrgico de la Queratoplastia penetrante atendiendo a los factores y entidades mencionadas en la literatura y otros como psicosociales y ambientales que influyen de forma decisiva en la evolución postquirúrgica se divide en riesgo bajo, moderado y alto.

En el caso que nos ocupa el paciente tenía bajo riesgo y buen pronóstico para Queratoplastia penetrante teniendo en cuenta su edad por ser menor de 60 años; estado de salud sano: sin enfermedad sistémica; aspectos sociales ideales como higiene correcta, buena adherencia al tratamiento, responsabilidad, colaboración y en cuanto al grupo etiológico: queratocono. Igualmente cuatro factores locales: sin neovascularización, buen estado de la superficie ocular, un botón donante menor de 8 mm. Pronóstico mayor del 90%. Recomendación de seguimiento habitual. Tratamiento coadyuvante corticoterapia tópica.

La cirugía se realiza con anestesia general, preparación de la córnea donante, con rango de diámetro entre 7 y 9.5 mm, siendo siempre mayor (0.25 o 0.5 mm) que la córnea receptora. Iridectomía periférica en algunos casos. Colocación de injerto sobre el lecho receptor y sutura con nylon 10/0, mediante puntos sueltos, sutura continua simple o la combinación de ambos tipos. (4)

El Queratocono constituyó la principal indicación de las queratoplastias realizadas. Este fue un estudio realizado entre 1998 y 2002. La supervivencia media el injerto al año de la cirugía fue de 93.77%. Se evidencia una mejoría de la agudeza visual mejor corregida en el 72% de los casos. La complicación menor más frecuente fue rechazo inmune controlado en el 21. 83% los casos. El tiempo medio de retirada de la sutura fue de 14. 65 meses, si bien actualmente existe una tendencia retrasar lo más posible la retirada dicha sutura con el fin de obtener mejores resultados refractivos (4)

Absceso corneal micótico postraumático Las infecciones fúngicas más violentas aparecen en personas sin ningún déficit inmunológico asociándose a lesiones de la córnea con ramitas u otro material de plantas o astillas de madera.(13)

Las úlceras corneales producidas por hongos filamentosos presentan un infiltrado blanco grisáceo con márgenes irregulares de aspecto plumoso que se extiende al estroma adyacente. El epitelio puede aparecer intacto sobre la lesión que puede estar rodeada de un halo blanquecino de reacción inmunológica. En ocasiones puede aparecer hipopión y ser purulenta. La reacción en cámara anterior y conjuntival pueden ser bastante intensas. Los principales factores de riesgo para la queratitis fúngica son por orden de importancia: los traumatismos, las medicaciones tópicas crónicas, la diabetes mellitus, los corticoides crónicos y el uso de lentes de contacto. Mientras que las queratitis bacterianas se asocian a todo tipo de lentes de contacto, la infección fúngica parece ocurrir más frecuentemente en asociación con lentes blandas, especialmente lentes de uso prolongado para afáquicos y Lentilla. La presencia de una patología corneal previa con defecto epitelial crónico así como terapia corticoidea y antibacteriana tópica son el principal factor de riesgo para la queratomicosis en portadores de Lentilla.

Puede realizarse un diagnóstico rápido presuntivo por el reconocimiento de signos clínicos típicos y por la observación directa del hongo con el microscopio en cortes corneales tratados con diferentes tinciones. El diagnóstico de confirmación se realiza siempre con el cultivo. En algunos casos difíciles, pueden ser necesarios estudios microbiológicos o histopatológicos de biopsias corneales.

El tratamiento debe instaurarse tan pronto como se sospeche el origen micótico del absceso. En algunos casos es necesario el tratamiento quirúrgico con desbridamiento del absceso o incluso la realización de una queratoplastia. Se han descrito recurrencias en el trasplante corneal del hongo *Curvularia spp.*(13)

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Con base en la historia clínica aportada y la revisión de la literatura de la especialidad, se establece que se trata de un paciente masculino de 58 años de edad actual, de profesión Publicista, empleado, residente en Bogotá, con antecedente de queratocono bilateral de predominio derecho, manejado con lentes de contacto rígidos, con buena respuesta al tratamiento.

El paciente consultó de manera oportuna, por cuadro de 2 días de evolución localizado en ojo derecho, caracterizado por ojo rojo, dolor local, secreción purulenta, prurito y

dolor, hallando al examen oftalmológico conjuntiva hiperémica, esclera congestiva, secreción en epicanto interno purulenta; el médico general que lo atendió le diagnosticó erróneamente conjuntivitis y le dio orden para valoración por la Consulta Externa de Oftalmología, la cual le fue asignada para el día 20 de noviembre de 2018. El paciente reingresó a Urgencias el 27 de agosto de 2018 por presencia de una mancha blanca en el ojo derecho y empeoramiento de su cuadro; esta vez el Médico General que lo atendió lo envió a valoración por Oftalmología con “carácter urgente”, siendo valorado ese mismo día por Médico Oftalmólogo quien le diagnosticó Úlcera Corneal en ojo derecho.

Es decir, fue valorado por Oftalmología 17 días después de su primera consulta, lo que favoreció la progresión del cuadro, diagnosticándole Úlcera Corneal paracentral, inferior, nasal, mayor de 3mms de diámetro. Una úlcera corneal es una emergencia ocular que plantea aspectos de gran importancia sobre el diagnóstico y se debe tener presente en todo momento que causan una rápida y devastadora pérdida de la visión.

La ulceración corneal es una de las principales principales causas de ceguera corneal. Varios patógenos son responsables de la ulceración corneal. El diagnóstico rápido y exacto y el tratamiento oportuno son la clave para obtener los mejores resultados clínicos y visuales en casos de ulceración corneal. Sin embargo, no hay guías o protocolos específicos que estén disponibles para el manejo de la úlcera corneal. A veces aún con experiencia clínica es difícil predecir el curso de la enfermedad en la mayoría de los casos.

Aunque el diagnóstico de úlcera corneal, asociado al uso de lentes de contacto, fue tardío, es claro que fue manejado de manera idónea, con tratamiento médico, por el Médico Oftalmólogo tratante iniciando tratamiento tópico con quinolona de tercera generación que pronto reemplazó por fluoroquinolona de cuarta generación, logrando así la reepitelización de la úlcera corneana del ojo derecho del paciente hasta su resolución en un tiempo terapéutico de 38 días con una evolución total de 2 meses, lo que comprobó su origen bacteriano.

La cicatrización debida a ulceración corneal es una causa importante de ceguera y alteración de la visión en todo el mundo. La mayor parte de ésta pérdida de la agudeza visual es prevenible, pero sólo si se hace un diagnóstico etiológico en etapa temprana y se aplica el tratamiento apropiado. En el caso que nos ocupa el proceso de cierre de la úlcera dejó como secuela absceso estromal o leucoma residual, secundario a la cicatrización de la úlcera el cual sólo tenía un tratamiento rápido y efectivo: transplante de córnea; conducta terapéutica quirúrgica que no se realizó asumiendo la presencia de un proceso micótico que no se comprobó paraclínicamente puesto que el KOH fue reportado negativo, el cultivo no fue reportado y el tratamiento con antifúngico no mostró mejoría del cuadro. Se inició un tratamiento empírico, a ciegas, con Natamicina, de tal manera que la superficie de la córnea, indemne al finalizar el tratamiento de la úlcera, se desepitelizó repetitivamente, favoreciendo, ahora sí, el ingreso de hongos que requieren lesión epitelial para lograr penetración a la córnea. El daño del globo ocular era prevenible.

Si la infección sigue empeorando o se empeora el estado de la cámara anterior, está indicado el tratamiento quirúrgico.

Así las cosas, se desepitelizó la cornea, con el objetivo de favorecer la absorción del antifúngico llamado natamicina, de manera iatrogénica, con un diagnóstico de infección micótica nunca comprobado, se produjo una perforación de la córnea que llevó a pérdida de la visión del ojo derecho, ya disminuida por el antecedente de

queratocono y por el brusco descenso de la presión intraocular que facilitó la exteriorización de estructuras intraoculares, evento adverso hábilmente afrontado por los Médicos Oftalmólogos Especialistas en Cornea tratantes post perforación, quienes lograron la conservación del globo ocular y han trabajado la rehabilitación del mismo en procura de una mejor función visual.

La cicatrización debida a ulceración corneal es una causa importante de ceguera y alteración de la visión en todo el mundo. La mayor parte de ésta pérdida de la agudeza visual es prevenible, pero sólo si se hace un diagnóstico etiológico en etapa temprana y se aplica el tratamiento apropiado.

MANEJO ESPERADO.

El paciente Jairo Antonio Barragán Acosta, consultó oportunamente por un cuadro de 2 días de evolución localizado en su ojo derecho; en ese momento, teniendo en cuenta su antecedente de queratocono en ambos ojos de predominio derecho y su factor de riesgo de uso permanente de lentes rígidos, debió ser valorado inmediatamente por un Médico Especialista en Oftalmología por la connotación de "Urgencia" inherente al "ojo rojo"

Una vez hecho el diagnóstico de "úlceras corneales", la iniciación del tratamiento se basó en el juicio clínico del Oftalmólogo tratante quien manejó la úlcera como de etiología bacteriana comenzando con quinolona de tercera generación reemplazada luego por fluoroquinolona de cuarta generación con resultado exitoso: cierre de la úlcera.

Como secuela quedó un absceso estromal o leucoma residual secundario al proceso de cicatrización de la úlcera, cuyo tratamiento es la queratoplastia penetrante, intervención quirúrgica que habría evitado sacrificar el ojo derecho del paciente estructural y visualmente.

La literatura reporta: "es inexcusable la toma de muestras para Gram, cultivo y antibiograma". No obstante, el leucoma se manejó con tratamiento médico antimicótico a pesar del KOH negativo para hongos y de la ausencia del reporte de cultivos; el tratamiento no se modificó de acuerdo a la pobre respuesta clínica, se persistió en el mismo hasta la presentación de la perforación de la cornea, contrario a los protocolos de manejo establecidos, publicados en la literatura oftalmológica.

La mayor parte de ésta pérdida de la agudeza visual es prevenible, pero sólo si se hace un diagnóstico etiológico en etapa temprana y se aplica el tratamiento apropiado.

CONCLUSION MEDICOLEGAL

Con base en el análisis de las historias clínicas aportadas y la revisión sistemática de la literatura de la especialidad, se establece que existe una relación directa causa efecto entre el daño estructural y visual del ojo derecho del paciente JAIRO ANTONIO BARRAGAN ACOSTA y el tratamiento realizado. Se observan fallas en los siguientes aspectos: a) En la etapa de diagnóstico por falta de capacitación adecuada al Médico General, quien diagnosticó erróneamente la patología del ojo derecho del paciente: diagnosticó conjuntivitis, perdiendo 17 días oro durante los cuales el cuadro infeccioso de úlcera corneal progresó indefectiblemente. b) En la fase de tratamiento: cuando la úlcera corneal cicatrizó, el tratamiento recomendado del leucoma residual es el quirúrgico: queratoplastia penetrante, opción terapéutica que se abordó tardíamente

después de realizar un largo tratamiento médico antimicótico ineficiente e insuficiente, dado el origen polimicrobiano del leucoma: micótico con infección bacteriana sobreagregada, no tratada inicialmente, manejada posperforación con éxito terapéutico. c) En la fase de seguimiento: faltó la orientación continua del Oftalmólogo especialista en córnea en el manejo del leucoma residual. La mayor parte de la pérdida estructural ocular y de la pérdida de la agudeza visual de este paciente era previsible y prevenible, beneficio que no se logró por prolongar un tratamiento médico incompleto para el leucoma residual al carecer de un diagnóstico etiológico en etapa temprana lo que no permitió aplicar el tratamiento apropiado. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX



Dra Fabiola Jiménez Ramos
Médico Forense

BIBLIOGRAFÍA

1-Barrera Garcel B.R, Torres Arafet A, Somoza Mograba J.A. Algunas Consideraciones Actuales sobre las Úlceras Corneales. Medisan 2012, volumen 16, número 11.

2-Hernández Fernández Yordanis, Pérez Parra Zaadia, León Rodríguez Yereyni et al. Recubrimiento conjuntival en afecciones corneales. Revista Cubana de Oftalmología. Vol 31, número 4, 2.018

3-Buitrago Torrado Manuel Fernando, Vives Restrepo Juan Enrique y otros. Generalidades de la queratitis micótica. Revista Universidad industrial de Santander. 2013.

4-Fernández Baca Vaca G, Arteaga Hernández V, Aguilar Estévez J, Rodríguez Martín J. Queratoplastia Penetrante en el Hospital Universitario de Canarias. Nuestra experiencia.

5-. Factores de riesgo en pacientes con sospecha de úlcera corneal micótica en Pinar de Río. Revista cubana oftalmológica. 2010.

6- Duperet Carvajal Danay. Cópez Hernández Silvia, Pérez Parra Zaadia y otros. Úlceras corneales bacterianas: actualización terapéutica. Revista Cubana de Oftalmología. Vol 29 No: 1. Enero a marzo de 2016.

7- -Rodríguez Lemus Gerardo, Imbert Puente Elieser, et al. Actualidad en el tratamiento de las úlceras corneales micóticas. Revista Electrónica Portales Médicos. E Médicos. com, Oftalmología. 2011

8- Colombiana de Salud. Úlceras corneales. Junio de 2.012.

9-Vaishal P. Kenia, Raj V Kenia, Onkar H. Pirdankar. Diagnosis and management protocol of acute corneal ulcer. International Journal of Health Science and Research. Vol 10, Issue: 3; March 2020.

10-Ariana Austin, Lietman Tom, Nussbaumer Jennifer Rose. Actualización en el manejo de queratitis infecciosa. Ophthalmology.2017.

11-B García, P de Juana, F Hidalgo, J Bermejo. Texto de Oftalmología, Capítulo 15.

12- Edgar Delgado C, Patricia Durán O., Orlando Neira S. y Claudia Veloza G. Pseudomonas aeruginosa keratitis associated with the use of last generation contact lens made of silicone hydrogel: case report. Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia.Fundación Universitaria del Área Andina, Pereira, Colombia.Revista Chilena de Oftalmología, Vol 25 No:4. Agosto 2008.

13- Izaguirre Roncal Lb, Ruiz Andrés Ma, Gonzalvo Ibáñez Fj, Moles Calandre B, Brito Suárez C, Ferrer Cerón I.Absceso Corneal Micótico Postraumático. A propósito de un caso. Sociedad Canaria de Oftalmología.