

# Absceso corneal micótico postraumático. A propósito de un caso

## *Posttraumatic micotic corneal abscess. Case report*

IZAGUIRRE RONCAL LB, RUIZ ANDRÉS MA, GONZALVO IBÁÑEZ FJ, MOLES CALANDRE B, BRITO SUÁREZ C, FERRER CERÓN I

---

### RESUMEN

Paciente diabética remitida a nuestro servicio diagnosticada de descompensación corneal y subluxación cristalínica, tres meses después de sufrir un traumatismo con una astilla de madera en el ojo derecho. Tras la toma de una muestra de córnea que se remite a microbiología, es diagnosticada de un absceso corneal por *Curvularia spp*, instaurándose el tratamiento adecuado.

Desarrollamos la evolución de la paciente tras el inicio de tratamiento con antimicóticos y realizamos una revisión de los abscesos corneales micóticos postraumáticos más frecuentes en nuestro medio.

**Palabras clave:** Córnea, infección, micosis.

### SUMMARY

A diabetic patient is sent to our service diagnosed of corneal decompensation and lens subluxation, three months after a traumatic with wood splinter on right eye. We made a sample to analysis by microbiology, and she was diagnosed of corneal abscess caused by *Curvularia spp*. We restored adequate treatment.

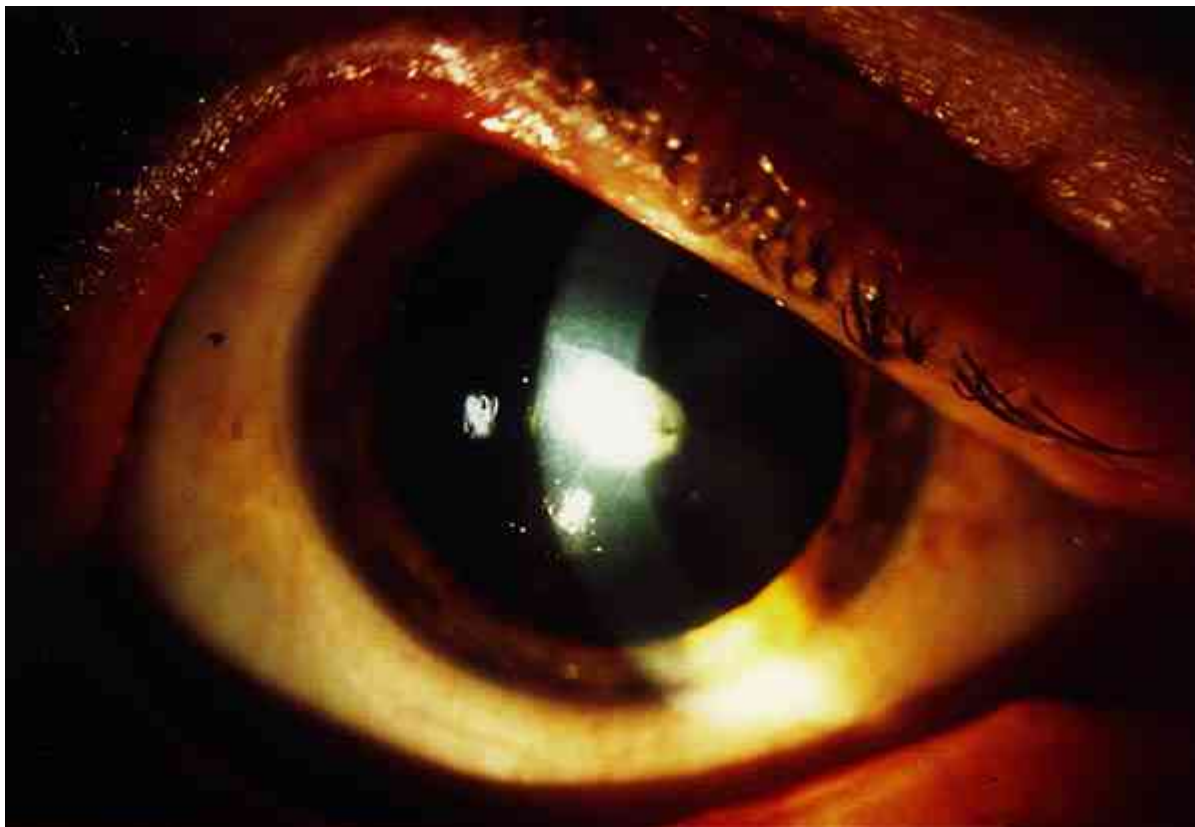
We developed patient's evolution after treatment with antimicrotics and we realized a revision of more frequents posttraumatic micotic corneal abscess on our environment.

**Key words:** Cornea, infection, micotic.

---

### CASO CLÍNICO

Paciente diabética de 57 años que sufre traumatismo ocular en ojo derecho con una astilla madera. Tras diagnosticarse una úlcera corneal se le coloca una lentilla terapéutica (LT) y es tratada con diversas medicaciones. Se remite a nuestro servicio a los tres meses del traumatismo diagnosticada de descompensación corneal y subluxación cristalínica (fig. 1).



**Fig. 1.** Absceso corneal en el momento del diagnóstico por nuestro servicio. Se aprecia el infiltrado necrótico en córnea central con en edema estromal y endotelial acompañante. El epitelio está intacto.

A la exploración presenta una erosión corneal en escarp con estroma necrótico e infiltrado perilesional. La córnea está edematosa, con pliegues en la membrana de Descemet y no es posible valorar la actividad en cámara anterior. El cristalino está subluxado inferiormente y la tensión ocular está en 34 mmHg. La paciente en esos momentos era tratada tópicamente con tobramicina, dexametasona, cloruro sódico y antiglaucomatosos y sistémicamente con altas dosis de corticoides, inhibidores de la carboxilasa y protectores gástricos.

Tras la toma de una muestra de córnea que se remite a microbiología para su estudio, se retira la dexametasona tópica, añadiendo quinolonas, midriáticos y otros antiglaucomatosos y disminuyendo la corticoterapia oral paulatinamente.

A los 5 días la evolución de la erosión corneal es estacionaria con disminución de la tensión ocular, retirándose todo el tratamiento oral y adaptándose una nueva LT y manteniendo el tratamiento tópico.

## EVOLUCIÓN Y DIAGNÓSTICO

Al quinto día de incubación de los cultivos de la muestra corneal, se observó en el medio de Saboureaud-cloranfenicol (fig. 2) crecimiento de unas colonias algodonosas, que fueron adquiriendo un color verde oliva central. En el examen microscópico se observaron hifas de pared gruesa, la mayoría con cuatro células, que presentaban un aspecto curvado debido al ensanchamiento de las células centrales: estructura que se identificó como *Curvularia spp.*

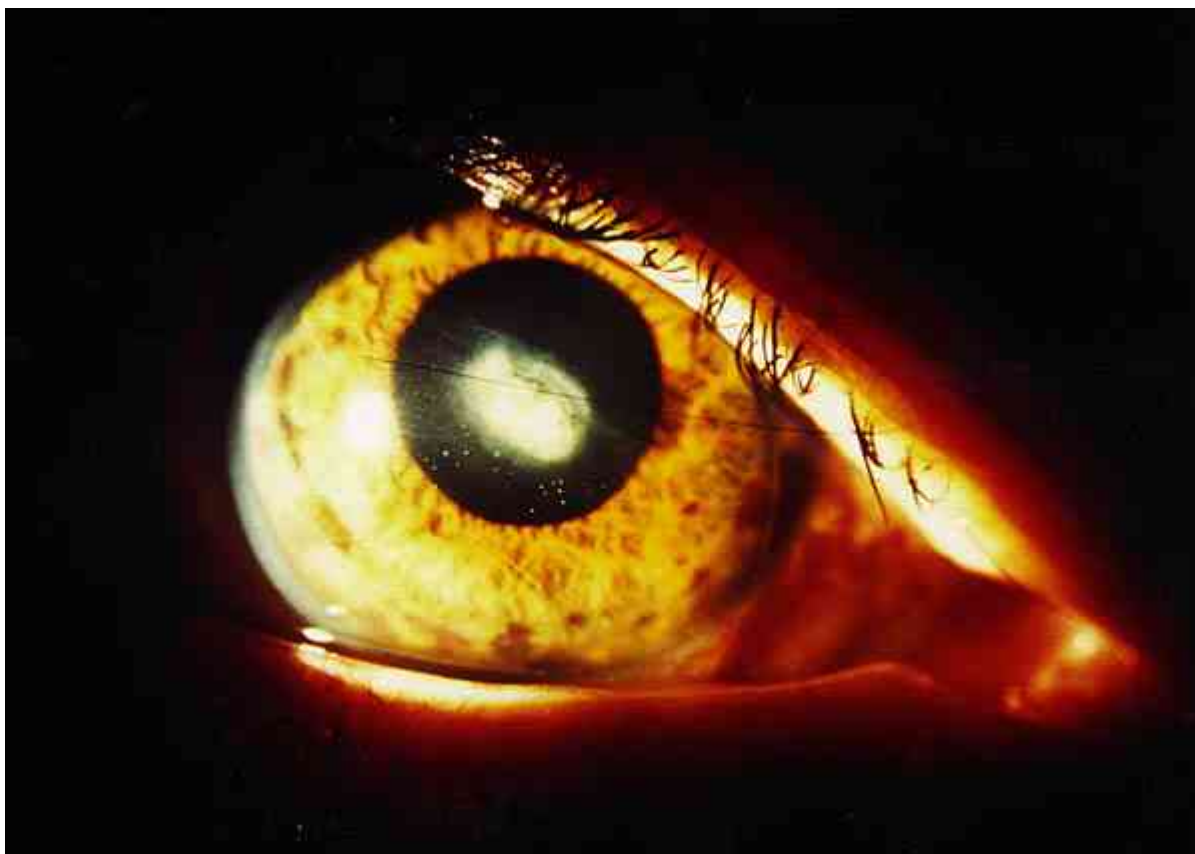


**Fig. 2.** Colonia de *Curvularia* spp en medio de Saboureaud-cloranfenicol.

En el estudio in vitro de sensibilidad antifúngica se apreció resistencia a fluconazol y 5-flucitosina, y sensibilidad a Anfotericina B, ketoconazol e Itraconazol.

A la semana, tras recibir el informe microbiológico de crecimiento fúngico, se decide añadir al tratamiento tópico colirio de anfotericina B al 1% cada dos horas y tratamiento oral con Panfungol® (ketoconazol) 200 mgr/12 horas.

La evolución tras el inicio del tratamiento antimicótico ha sido favorable, mejorando tanto subjetiva como objetivamente. En estos momentos la paciente continúa en control por el servicio de oftalmología presentando un absceso central en regresión, con leve adelgazamiento del estroma y en tratamiento descendente con antimicóticos tanto orales como tópicos (fig. 3).



**Fig. 3.** Mejoría de la lesión tras dos semanas de tratamiento. Ha desaparecido el edema corneal acompañante y ha disminuido la infiltración estromal.

## COMENTARIO

Las queratitis causadas por hongos filamentosos como: *Fusarium*, *Aspergillus*, *Acremonium* y *Curvularia* normalmente son inducidos por traumatismos o heridas. Se producen con más frecuencia en países de clima tropical y en ambientes agrícolas. El género *Curvularia* se encuentra frecuentemente en suelo, terrenos agrícolas y plantas gramíneas, y sus esporas pueden encontrarse en el ambiente (1).

En las últimas tres décadas el número de casos de queratitis fúngica en nuestro medio se ha incrementado dramáticamente, tal vez atribuible al progresivo uso de corticoides tópicos y antibióticos de amplio espectro (1-3), así como a la mejora en las técnicas diagnósticas (3,4). Se ha llegado a describir un caso tras realizar tratamiento con LASIK (5).

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, como sucedió en nuestro caso.

En la mayoría de las infecciones las manifestaciones comienzan en 1-2 días con síntomas similares a las úlceras bacterianas pero siendo indoloras con más frecuencia. Pueden transcurrir semanas o meses hasta que el paciente recibe el tratamiento adecuado.

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. Nuestra paciente padecía un infiltrado estromal con erosión epitelial y un edema corneal que impedía la valoración de la actividad en cámara anterior.

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 (2,5,6). 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 LT (6,7). 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 queratomycosis en portadores de LT (6). La paciente portó una LT para tratamiento de

la erosión inicial y llevaba tratamiento corticoideo tópico y sistémico desde hacía dos meses, además de padecer una diabetes mellitus tipo II.

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. Los antimicóticos disponibles presentan una penetración en córnea limitada y son irritantes o tóxicos para la superficie ocular. Los antifúngicos disponibles son: anfotericina B, natamina, compuestos de imidazol (dotromazol, miconazol y ketoconazol), terbinafina y flucitosina. Los más utilizados en nuestro medio son la Anfotericina B y terbinafina (1,2), aunque existen estudios que avalan el uso de compuestos de imidazol como tratamiento de primera línea (9). 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 de *Curvularia spp* (1).

El tratamiento aplicado a la paciente mediante anfotericina B tópica y ketoconazol oral, cubre ampliamente el espectro micótico y fue resolutivo en este caso, no precisando tratamiento quirúrgico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Guarro J, Akiti T, Almada-Horta R, Morizont LA, Gené J, Ferreira-Gomez S, Aguilar C, Ortoneda M. Mycotic keratitis due to *Curvularia senegalensis* and in vitro antifungal susceptibilities of *Curvularia spp*. J Clin Microbiol 1999; 37: 4170-4173.
2. Aviñó Martínez JA, Quijada González A, Rodríguez Salvador V, Navea Tejerina A, Díaz Llopis M, Menezo Rozalén JL. Sobreinfección por *Fusarium* en paciente con queratoescleritis por *Acanthamoeba*. St Ophthal 1999; 3: 243-247.
3. Forster RK, Rebell G. The diagnosis and management of keratomycoses. 1. Cause and diagnosis. Arch Ophthalmol 1975; 93: 975-978.
4. Ishibashi Y, Hommura s, Matsumoto Y: Direct examination vs culture of biopsy specimens for the diagnosis of keratomycosis. Am J Ophthalmol 1987; 103: 636-640.
5. Chung MS, Goldstein MH, Driebe WT Jr, Schwartz B. Fungal keratitis after laser in situ keratomileusis: a case report. Cornea 2000; 19: 236-237.
6. Rosa RH jr, Miller D, Alonso EC: The changing spectrum of fungal keratitis in South Florida. Ophthalmology 1994; 101: 1005-1013.
7. Wilhelmus KR, Robinson NM, Font RA, HAMILL MB, Jones Db: Fungal keratitis in contact lens wear. Am J Ophthalmol 1988; 106: 708-714.
8. Yvonne CW, Nanassy J, Summerbell RC, Matlow AG, Richardson SE. Fungal sternal wound infection due to *Curvularia lunata* in a neonate with congenital heart disease; case report and review. Clin Infect Dis 1994; 19: 735-740.
9. Fitzsimons R, Peters AL. Miconazole and ketoconazole as a satisfactory first-line treatment of keratomycosis. Am J Ophthalmol 1986; 101: 605-608.