

Señor  
**JUZGADO SEXTO ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO**  
E. S. D.


Referencia: REPARACION DIRECTA  
Radicado: No. 50001 3333 006 2022 00007 00  
Demandante: LEONOR RINCÓN PEÑA Y OTROS  
Demandado: DEPARTAMENTOS DEL META Y OTROS

**NESTOR DARIO BUSTAMANTE RAMIREZ**, identificado con la C.C. No. 71.584.910 de Medellín, con correo electrónico [ndbustamante@barraquer.com.co](mailto:ndbustamante@barraquer.com.co), en mi calidad de representante legal de **OFTALMOS S.A.**, tal como consta en el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá, por medio del presente escrito manifiesto a usted que confiero poder especial, amplio y suficiente al Abogado **CRISTHIAM IVAN HERRERA HERNÁNDEZ**, Abogado en ejercicio, portador de la T.P. No. 225.058 del C.S.J. e identificado con la C.C. No. 1.073.154.643 de Madrid Cundinamarca, con correo electrónico [ciherrera@barraquer.com.co](mailto:ciherrera@barraquer.com.co), para que en nombre y representación de **OFTALMOS S.A.** actúe dentro del proceso de la referencia y defienda los intereses de la institución hasta su terminación.

El Abogado **HERRERA HERNÁNDEZ**, queda expresamente facultado para notificarse, contestar demanda, presentar excepciones, confesar, transigir, conciliar, recibir, reconvenir, interponer recursos, sustituir y reasumir poderes y en general para realizar todas las diligencias para el cumplimiento del presente mandato en procura de la defensa de los intereses de **OFTALMOS S.A.**

Sírvanse reconocerle personería para actuar en los términos del presente mandato,

Del Señor Juez,

  
**NESTOR DARIO BUSTAMANTE RAMIREZ**  
C.C. No. 71.584.910 de Medellín

ACEPTO,

  
**CRISTHIAM IVAN HERRERA HERNÁNDEZ**  
C.C. No. 1.073.154.643 de Madrid Cundinamarca  
T.P. No. 225.058 del C.S.J.

*"Dedicamos la vida a sus ojos"*



Señor.

**JUEZ SEXTO ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO**

E-mail. j06admvicio@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

Asunto: REPARACIÓN DIRECTA

Radicado: 50001-33-33-006-2022-00007-00

Demandante: LEONOR RINCÓN PEÑA Y OTROS

Demandado: DEPARTAMENTO DEL META,

ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCION SALUD",  
CENTRO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE  
URIBE,  
ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE  
VILLAVICENCIO,  
CLÍNICA DE CIRUGÍA OCULAR LTDA,  
CLÍNICA BARRAQUER "CENTRO  
OFTALMOLÓGICO S.A.",  
BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL SECRETARIA DE  
SALUD DE BOGOTÁ,  
SECRETARIA DE SALUD SUBRED INTEGRADA  
DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

## I. POSTULACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE MI REPRESENTADA

CRISTHIAM IVÁN HERRERA HERNÁNDEZ, mayor de edad y domiciliado en la ciudad de Bogotá, identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma, y actuando en nombre y representación de OFTALMOS S.A., identificada con Nit. 860.006.626-8, a quien represento mediante poder debidamente conferido y fechado 7 de febrero de 2024, de manera muy respetuosa presento ante su despacho contestación a la demanda del proceso de la referencia, teniendo en cuenta los siguientes presupuestos y aclarando desde el inicio, que mi representada es una sociedad del tipo de las anónimas, cuya denominación es **OFTALMOS** y no "CLÍNICA BARRAQUER "CENTRO OFTALMOLÓGICO S.A." como erróneamente la designa el demandante. OFTALMOS S.A. tiene por objeto social las actividades industriales y comerciales relacionadas con el cuidado de la visión humana. OFTALMOS S.A. es propietaria del establecimiento de comercio denominado "Clínica Barraquer".

## II. FRENTE A LOS DENOMINADOS FUNDAMENTOS DE HECHO.

**AL PRIMERO:** No me consta, no es un hecho de mi mandante, por lo que me

atengo a lo que pueda ser probado dentro del presente litigio.

**AL SEGUNDO: No me consta**, no es un hecho de mi mandante, por lo que me atengo a lo que pueda probarse dentro del litigio.

**AL TERCERO: No me consta**, no es un hecho de mi mandante. Mi mandante no tuvo incidencia en esta situación, por lo que me atengo a lo probado durante el proceso.

**AL CUARTO: No me consta**, este no es un hecho relacionado con mi mandante, por lo que no es posible efectuar pronunciamiento alguno.

**AL QUINTO: No me consta**, mi mandante no tuvo relación con el hecho plasmado en la demanda, por lo que me atengo a lo probado dentro del proceso.

**AL SEXTO: No me consta**, la multiplicidad de situaciones descritos en este numeral, no le competen o guardan relación con mi mandante.

**AL SÉPTIMO: No me consta**, la condición de salud, diagnóstico y tratamiento que le hayan podido brindar al paciente en la fecha del 19 de abril de 2019, por parte del “Hospital departamental” no son de la esfera de mi representada, por lo que me atengo a lo que se pueda probar dentro del proceso.

**AL OCTAVO: No me consta**, al ser hechos propios de la esfera familiar del paciente, no existe relación alguna entre mi mandante y los sucesos descritos, por lo que me atengo a lo que pueda ser probado dentro del proceso.

**AL NOVENO: No me consta**, mi representada no guarda relación alguna con esta atención del paciente, por lo que no podrá existir pronunciamiento a respecto.

**AL DÉCIMO: No me consta**, no es un hecho con el que guarde relación mi mandante, por lo que me atengo a lo que pueda probarse dentro del proceso por la parte demandante.

**AL DÉCIMO PRIMERO: No me consta**, mi representada no guarda relación alguna con esta atención, por lo que no es posible efectuar pronunciamiento alguno al respecto y me atengo a lo probado dentro del proceso.

**AL DÉCIMO SEGUNDO: Es cierto**, si bien no es de conocimiento de este apoderado, ni de mi representada las condiciones previas por las que la madre del paciente KEDUIN ANDREY ZARTA RINCÓN, determino acudir a la Clínica Barraquer, es completamente cierto que, en la fecha del 8 de mayo de 2019, fue valorado por primera vez en las instalaciones de mi representada.

Además, este hecho comporta **CONFESIÓN** respecto de que la eventual “*mala práctica de los GALENOS*” de haberse sucedido, es anterior a que el menor ZARTA

RINCÓN acudiera y fuera atendido en la Clínica Barraquer.

**AL DÉCIMO TERCERO: Es cierto**, el texto transcrito en el hecho correspondiente de la demanda, que corresponde a la nota efectuada por la Dra. Juanita Carvajal Puyana, en la Historia Clínica fechada 8 de mayo de 2019:

*“Edema palpebral moderado a la apertura de los párpados Ojo Derecho, hay una colección subconjuntival superior derecha , que puede corresponder a colección purulenta . Presenta cornea totalmente blanca con fibrina y pus, Presenta una lesión corneal en coma que puede corresponder a herida penetrante paracentral derecha. Imposible ver detalles intraoculares. inyección conjuntival 360 grados. NO Percepción Luminosa.”*

5

En todo caso, estamos al texto integral de la Historia Clínica del paciente KEDUIN ANDREY ZARTA RINCÓN.

**AL DÉCIMO CUARTO: Es cierto**, tras la valoración y estudios por parte de la profesional, se plasma en Historia Clínica el procedimiento sugerido para el menor, indicando desde este momento la imposibilidad de recuperación visual:

*“PLAN Evisceración con Mecha . Cultivos OD Explico en forma sencilla el procedimiento . Extracción del contenido ocular **SIN posibilidad de recuperación visual** a los padres. Imposible implante por proceso infeccioso.” **(Negrilla y Subrayado fuera de texto)***

En todo caso, estamos al texto integral de la Historia Clínica del paciente KEDUIN ANDREY ZARTA RINCÓN.

**AL DÉCIMO QUINTO: Es cierto**, con ocasión a la situación prioritaria del paciente, mi representada procede en un tiempo casi inmediato desde su consulta a programar el procedimiento, adelantándose en la misma fecha del 9 de mayo de 2019, valoración anestésica, el procedimiento y los estudios correspondientes, describiéndose de la siguiente manera:

- **ANESTESIA GENERAL:** Dr. Carlos Gregorio García Cabello.  
“(…)”

**Observaciones** URGENCIA, PACIENTE ASA I, NO REQUIERE PARACLÍNICOS”

### **“ANÁLISIS**

**ASA 1 NYHA I / IV Predictores V.A.D. No Riesgo Quirúrgico Bajo**  
**Autorización Si**

Plan Anestésico ANESTESIA GENERAL

Recomendaciones AYUNO >8 HORAS, SE RESUELVEN DUDAS E

INQUIETUDES, SE EXPLICAN POSIBLES

COMPLICACIONES Y EFECTOS SECUNDARIOS, MAMÁ

FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO,



NO TIENE GRIPA, PASAR A CIRUGÍA.”

➤ **CIRUGIA:** Dra. Juanita Carvajal.

**“LISTA DE CHEQUEO PARA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CIRUGÍA**

**Al ingreso a cirugía el paciente confirma:**

Nombre: SI  
Ojo: SI  
Procedimiento: SI  
Tipo y No. de Identificación: SI

**Al ingreso a cirugía la auxiliar confirma:**

Manilla: SI  
Consentimiento para anestesia: SI  
Consentimiento para cirugía: SI  
Señal sobre el ojo a operar: SI  
Retiro prótesis dental: NA  
Ayuno: SI  
Hora de última comida: ayer 7:00pm  
Administró profilaxis antibiótica previa al procedimiento: SI  
Se aplicó loción, crema o perfume el día de hoy: NO  
Observaciones: 13:00

**En preparación la auxiliar confirma:**

Manilla: SI  
Señal sobre el ojo a operar: SI  
Rótulo de identificación: SI  
Presencia de manilla roja: NA  
Presencia de manilla amarilla: NA  
Presencia de manilla verde: NA  
Presencia de manilla azul: NA  
Retiro prótesis dental: SI  
Ayuno: SI  
Hora de última comida: ayer 7:00pm

**El anesthesiólogo antes de la inducción confirma:**

Determinación del tiempo de ayuno: SI  
Vía aérea difícil: NO  
Riesgo de aspiración: NO  
Pulsooxímetro colocado y en funcionamiento: SI  
Disponibilidad de acceso venoso: SI  
Disponibilidad de medicamentos: SI  
Disponibilidad de líquidos: SI  
Disponibilidad de equipos: SI

Lista de comprobación diaria de la máquina de anestesia antes de utilizarla SI

**ANTES DE COLOCAR EL CAMPO QUIRÚRGICO**

**La circulante de Salas confirma:**

Identidad del paciente:	SI
Ojo a operar:	SI
Nombre del procedimiento:	SI
LIO:	NA
Esclera:	NA
Córnea:	NA
Membrana amniótica:	NA
En Sala:	SI UNO
Placa Colocada:	NA

Esterilidad de equipos:	SI
Esterilidad de Instrumentos:	SI
Esterilidad de Insumos:	SI
Esterilidad de Dispositivos Md:	SI"

**"PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS ANTES DE INICIAR LA CIRUGÍA**

**Fecha:** 9/05/2019 1:14:18p. m. **Usuario:** MARLEN ESPINEL CHAPETON

Observaciones de Anestesiólogo: Ninguna observación.

Observaciones del Cirujano: Ninguna observación."

**"ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DE LA SALA**

**Fecha:** 9/05/2019 1:14:32p. m. **Usuario:** MARLEN ESPINEL CHAPETON

**La circulante confirma:**

Nombre de la Cx realizada:	SI
Conteo de tapones correcto:	NA
Conteo de lentes protectores correcto:	NA
Conteo de agujas correcto:	SI

Cirujano y/o Anestesiólogo dan órdenes especiales para el postoperatorio:  
NA"

**"ENTREGA DEL PACIENTE A PISO**

**Fecha:** 9/05/2019 2:37:19p. m. **Usuario:** Ingrid Alejandra Dimate Estepa

Enfermero(a) que entrega:	Ingrid Alejandra Dimate Estepa
Enfermero(a) que recibe:	MILDRED YULIET CORTINA MARTINEZ
Nombre del paciente:	SI
Número de cama:	SI
Procedimiento realizado:	SI
Cirujano:	SI
Medicamentos suministrados en recuperación:	SI
Órdenes médicas:	SI
Posición ordenada:	NA
Cita:	NA
Observaciones:	pendiente interconsulta por pediatría
Hora de salida:	14:15"

El procedimiento quirúrgico tuvo inicio a las 13:10 horas, terminando sobre las 13:40 horas, con hora de salida documentada en HC 14:15 horas, habiéndose garantizado todas las medidas previas, durante y después de la cirugía, con el fin de mantener

la seguridad del paciente durante su permanencia en la institución.

El procedimiento quirúrgico se desarrolló sin novedad alguna, plasmándose en Historia Clínica el desarrollo de este, donde se documenta el adecuado manejo y resultado, acorde a lo esperado.

En todo caso, estamos al texto integral de la Historia Clínica del paciente KEDUIN ANDREY ZARTA RINCÓN.

8

**AL DÉCIMO SEXTO: Es parcialmente cierto**, plasma la Dra. Carvajal en Post Operatorio del día 10 de mayo de 2019:

*“POP Primer día Evisceración Ojo Derecho.*

*EX Se retira mecha , parpados sin inflamación . No hay secreción activa . Cascarrilla en posición .*

*PLAN Infectología Pediátrica en Consulta hoy . TTo ATB IV.”*

*“NOTA Se comenta con Dra. Paula Araque Infectologa Pediátrica .*

*Ya que se realizó el procedimiento necesario para el paciente Evisceración Ojo Derecho y debido a sus condiciones generales, se requiere de traslado a una unidad pediátrica para su tratamiento adecuado y posteriores estudios.*

*PLAN Remisión a Servicio de Pediatría Se hará la búsqueda necesaria.”*

En todo caso, estamos al texto integral de la Historia Clínica del paciente KEDUIN ANDREY ZARTA RINCÓN.

En este punto debe tener en cuenta el despacho que OFTALMOS S.A. (CLÍNICA BARRAQUER) es una institución oftalmológica y no cuenta con la especialidad de pediatría que en su momento requería el paciente para dar continuidad al tratamiento de su patología. Por este motivo y en aras de continuar con el manejo clínico adecuado se remite a un servicio de pediatría, para garantizar de esta manera la atención integral del paciente, logrando su traslado en la fecha del 16 de mayo de 2019 al Hospital Simón Bolívar, por traslado gestionado por mi mandante.

**AL DÉCIMO SÉPTIMO: NO ES CIERTO**, verificada la Historia Clínica del paciente KEDUIN ANDREY ZARTA RINCÓN, no se evidencia la manifestación efectuada por la parte actora en el escrito de demanda. Será carga de la demandante su prueba.

**AL DÉCIMO OCTAVO: NO ES CIERTO**, verificada la Historia Clínica del paciente KEDUIN ANDREY ZARTA RINCÓN, no se evidencia la manifestación efectuada por la parte actora en el escrito de demanda. Será carga de la demandante su prueba.

Lo que sí es cierto es la necesidad que tenía el paciente de traslado a unidad pediátrica.

**AL DÉCIMO NOVENO: ES CIERTO**, plasma el personal médico de mi representada en Historia Clínica:

*“Mejor estado general. Se ha mantenido afebril Frecuencia cardiaca más estable.*

*120. Curación, no secreción. No hay edema palpebral.*

*PLAN Remitir paciente a Pediatría se insiste.”*



En todo caso, estamos al texto integral de la Historia Clínica del paciente KEDUIN ANDREY ZARTA RINCÓN.

**AL VIGÉSIMO: NO ME CONSTA**, no es un hecho de mi mandante. Si bien existía la necesidad de traslado del paciente, no existe relación entre mi representada y la comunicación que haya podido mantener la madre del menor con la Secretaria de Salud, sin embargo, debe tenerse en cuenta, que mi representada logro el traslado del paciente a la unidad pediátrica del Hospital Simón Bolívar.

9

**AL VIGÉSIMO PRIMERO: ES CIERTO**, el paciente surtió el proceso adecuado durante su postoperatorio, sin que dejara de requerirse la remisión a unidad pediátrica, la cual se obtuvo con destino al Hospital Simón Bolívar.

**AL VIGÉSIMO SEGUNDO: ES CIERTO**, plasma el profesional médico en Historia Clínica:

*“Cavidad sana, Curación, NO secreción. mejor estado general. Mejor alimentación. Sonríe.*

*Leucocitos normales.*

*Hemocultivos Negativos.*

*PLAN Se da de Alta por Óculo Plástica Controles ambulatorios . Infectología Pediátrica recomienda 14 a 21 días de ATB IV SS Traslado a pediatría.”*

En todo caso, estamos al texto integral de la Historia Clínica del paciente KEDUIN ANDREY ZARTA RINCÓN.

**AL VIGÉSIMO TERCERO: ES CIERTO**, mi representada brindó adecuados cuidados y tratamientos desde el punto de vista oftalmológico, con el acompañamiento de infectología, por lo que, desde la esfera institucional, no ameritaba continuar con su internación, requiriendo tratamientos complementarios por pediatría en otra institución, por lo que se logró traslado a Hospital Simón Bolívar.

En todo caso, estamos al texto integral de la Historia Clínica del paciente KEDUIN ANDREY ZARTA RINCÓN y se recuerda que OFTALMOS S.A. (Clínica Barraquer) es una institución oftalmológica no habilitada en la especialidad de pediatría.

**AL VIGÉSIMO CUARTO: NO ME CONSTA**, no es un hecho de mi mandante. Desde el egreso del paciente, mi representada no tiene evidencia del desarrollo de las atenciones brindadas en otras instituciones al menor ZARTA RINCÓN, por lo que me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

**AL VIGÉSIMO QUINTO: NO ME CONSTA**, no es un hecho de mi mandante. No es un suceso propio de la atención médica efectuada por mi representada, por lo que me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

**AL VIGÉSIMO SEXTO: NO ME CONSTA**, no es un hecho de mi mandante. Como se refirió previamente, el desarrollo de las atenciones brindadas al paciente en otras

instituciones, no guardan relación alguna con mi representada, por lo que no es viable emitir algún tipo de pronunciamiento.

**AL VIGÉSIMO SÉPTIMO: NO ES CIERTO**, toda vez que el procedimiento efectuado al paciente en la Clínica Barraquer se determinó con el fin de preservar su vida y unas aceptables condiciones de salud, destacando que, de no haberlo efectuado, las condiciones clínicas del paciente habrían complicado su recuperación al encontrarse atravesando por un cuadro infeccioso, que ponía en riesgo no solo su salud, sino su vida. Así las cosas, carecen de toda validez las afirmaciones efectuadas no solo en este hecho, sino en general en el escrito de demanda.

### III. FRENTE A LAS PRETENSIONES.

**A LA PRIMERA. ME OPONGO:** A razón de la inexistencia de responsabilidad entre los eventos clínicos e infecciosos previos al procedimiento quirúrgico y mi representada que únicamente tuvo participación en la preservación de la de salud y la vida del paciente, frente a una condición infecciosa crítica, que no permitía otra acción. Así las cosas, no es aceptable pretender algún tipo de responsabilidad de mi mandante en el evento del menor KEDUIN ANDREY ZARTA RINCÓN y cualquier eventual mala praxis que pueda probar la parte demandante en atenciones previas al ingreso a la Clínica Barraquer.

**A LA SEGUNDA. ME OPONGO:** Con ocasión a la ausente relación entre el manejo clínico previo al procedimiento quirúrgico y mi representada, no habrá lugar a ningún tipo de condena en su contra, más aún si se tiene en cuenta que la pretensión busca ser conducente a una condena por concepto de aquellos actos médicos que condujeron a la evisceración del ojo derecho del paciente KEDUIN ANDREY ZARTA RINCÓN y no por hechos relacionados al procedimiento.

**A LA TERCERA. ME OPONGO:** Toda vez que mi mandante ha cumplido con la totalidad de sus obligaciones relacionadas con la atención del paciente, garantizando sus condiciones de salud y más aún su vida, no debe existir condena alguna en su contra; especialmente por la inexistencia de relación entre mi representada y las atenciones previas al ingreso del menos ZARTA RINCÓN a la Clínica Barraquer o las causas de su padecimiento.

**A LA CUARTA. ME OPONGO:** Con ocasión a la inexistente relación entre cualquier perjuicio que eventualmente pudiese probar la demandante y mi representada, no debe existir condena alguna en su contra, más aún si se tiene en cuenta que mi representada únicamente tuvo injerencia en el desenlace del cuadro clínico que conllevó al procedimiento quirúrgico, sin que pueda imputársele responsabilidad alguna en el proceso infeccioso o manejo previo del paciente.

Además, como ya se indicó, en el hecho décimo segundo de la demanda se

confiesa que la eventual “*mala práctica de los GALENOS*” de haberse sucedido, es anterior a que el menor ZARTA RINCÓN acudiera y fuera atendido en la Clínica Barraquer.

#### IV. RAZONES QUE FUNDAMENTAN LA DEFENSA.



El paciente KEDUIN ANDREY ZARTA RINCÓN, proveniente del departamento del Meta, fue recibido en la Clínica Barraquer en el mes de mayo del año 2019, inicialmente en el servicio de optometría a donde acudió en compañía de sus familiares y como paciente por servicio particular. El paciente presenta conducta irritable y llanto incontrolable por lo que no es posible efectuar reporte de visión.

Con posterioridad al examen oftalmológico se evidencia la presencia de un Edema generalizado de párpados superior e inferior derecho, quemasis conjuntival derecha con abundante secreción verdosa en fondo de saco inferior; hipo pion en cámara anterior y catarata derecha. Se evidenció lesión craneal en forma de coma, la cual pudo corresponder a herida penetrante de córnea derecha como causa de cuadro infeccioso en ojo derecho.

Se solicita ecografía del ojo derecho, la cual reportó Edema difuso de tejidos blandos asociada a opacidad de la cavidad vítrea con sospecha de absceso en polo posterior asociada a signos inflamatorios activos de la epiesclera perineural del ojo derecho. Se explica a la familia del menor la situación y el riesgo del diagnóstico de panoftalmia con compromiso escleral.

Ante el complejo cuadro clínico con el que ingresó el paciente a las instalaciones de mi representada, se procede a explicar a la familia la necesidad de efectuar una evisceración del ojo derecho sin implante, como única alternativa a su situación, teniendo en cuenta que, de no realizarse el procedimiento de manera prioritaria, existía riesgo de extensión de la infección ocular y de un absceso cerebral, entre los principales riesgos.

Una evisceración es la extracción de todos los tejidos oculares dejando solamente la pared externa, la esclerótica, de tal manera que quede una cavidad que se rellena de algún material para simular el ojo, con una cascarilla en la superficie del ojo que se parezca al otro ojo.

En tal sentido mi mandante a través de sus profesionales ordena exámenes clínicos, que confirmaron la existencia de la infección activa, presentando leucocitosis de 17.000 blancos en cuadro hemático, por lo que se explica al paciente y su familia el procedimiento de forma sencilla, que incluía la extracción del contenido ocular derecho, lo cual fue entendido y aceptado por los intervinientes.

Dando continuidad al urgente requerimiento del menor, se procede con la

evisceración de ojo derecho bajo anestesia general, tal como se encuentra descrito en Historia Clínica, cumpliendo con todas las normas y características de la atención adecuada en salud del paciente en su condición; garantizando el inicio adecuado de tratamiento antibiótico durante su postoperatorio, de la mano del servicio de infectología institucional.

Adicionalmente, por las condiciones del paciente, se solicita traslado a unidad pediátrica, donde se complementarían el tratamiento con infectología pediátrica. Entre tanto, durante el postoperatorio, se efectuaron curaciones diarias, evidenciándose mejoría de su proceso infeccioso.

12

A pesar de que mi representada fue insistente ante los entes encargados de la necesidad de traslado a unidad pediátrica, la misma solo fue posible hasta el día 16 de mayo de 2019, por lo que se dio continuidad al tratamiento antibiótico; más aún cuando se tuvo conocimiento del cultivo de material con resultado de bacteria *Enterobacter Cloacae* Complex, la cual fue atacada con antibiótico endovenoso, ordenado por infectología en la institución, logrando dar manejo y disminuir la leucocitosis.

Al final de la internación hospitalaria en las instalaciones de mi representada, tal y como se documenta en Historia Clínica, el paciente egresa con Leucocitos normales y orden de antibiótico IV por 14 a 21 días y remisión a servicio de pediatría, que no está disponible en la Clínica Barraquer, que, como quedará acreditado, únicamente se dedica a la salud visual y no tiene habilitación para el servicio de pediatría.

De igual forma debe el despacho analizar los eventos relacionados con la continuidad en la atención por parte de mi representada y que denotan el continuo y adecuado seguimiento al paciente quien asistió con posterioridad a su egreso de la institución, el día 29 de mayo de 2019, plasmándose en Historia Clínica:

*“POP de evisceración del OD (9-5-19 Dra. JC).*

*Subjetivo: Le dieron el alta de pediatría hace cinco días; ha estado bien, sin dolor, asintomático.*

-

*EXAMEN:*

*Ojo izquierdo tranquilo.*

*Cavidad derecha sana; no hay secreción; conformador en posición.*

-

*PLAN*

*Limpio los párpados con suero estéril y aplico Trazidex ungüento.*

*Aplicar Trazidex una vez al día por 15 días.*

*Control en dos semanas.*

*Le explico a la madre las recomendaciones generales de cuidado y los signos de alarma.”*

Luego de este suceso, el paciente acude a las instalaciones de mi representada en las fechas del 25 de junio de 2019 y 13 de agosto de 2019 para controles postoperatorios, donde se evidencia una adecuada evolución, recibiendo orden

para elaboración de prótesis en el último control registrado.

En la fecha del 14 de agosto de 2019, el paciente es atendido para elaboración de su prótesis ocular, recibiendo en adelante controles constantes, atendiéndose los requerimientos del menor, garantizando la continuidad en el tratamiento y adaptación a la prótesis, incluyéndose el último control que se ha realizado el día 24 de enero de 2024, que fue descrito en la Historia Clínica como:

*“CONSULTA.EVIS con Mecha Ojo Derecho por Endoftalmitis  
EXAMEN Cavidad amplia sana , leve secreción. prótesis adecuada . OI Sano  
Segmento anterior sin alteración DILATO  
Cristalino transparente excavación 0.6 OI .  
PLAN OCT de Nervio óptico del OI ver JC Control 6 meses.”*

13

Así las cosas, podrá el despacho analizar que mi representada conoció al paciente cuando su condición de salud se encontraba en un punto crítico, dejando como única opción la realización del procedimiento de evisceración del ojo derecho, destacando que, de no haberse practicado, el desenlace podría haber sido fatal debido a lo avanzado de su cuadro infeccioso a nivel cerebral; adicionalmente, mi representada ha dado tratamiento y acompañamiento especializado y continuo incluso hasta la actualidad.

No corresponde a mi representada establecer responsabilidades o referirse frente a manejos previos al ingreso de KEDUIN ANDREY ZARTA RINCÓN a sus instalaciones y deberá ser el despacho, quien a través del actual proceso establezca eventuales responsabilidades o la existencia de alguna eventual falla médica en los procesos de atención previos, desligando a OFTALMOS S.A. de cualquier decisión respecto de los hechos y actos en que ella no tuvo participación.

## V. EXCEPCIONES.

### ❖ AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD Y ACTUAR DILIGENTE Y OPORTUNO DE OFTALMOS S.A.:

Cuando el paciente KEDUIN ANDREY ZARTA RINCÓN, consulta de manera particular a mi representada, su condición clínica ya se encontraba en un momento crítico que ponía en riesgo incluso su vida, por lo que los hechos que originaron la infección en su ojo derecho, son completamente ajenos al diagnóstico e intervención de mi representada sobre el usuario.

Debe observar el despacho que mi mandante atendió los requerimientos urgentes y vitales del menor a la mayor brevedad posible, practicando el procedimiento de evisceración del ojo derecho en menos de 24 horas desde su ingreso a la institución, previniendo el avance de la infección e incluso un absceso cerebral.

De igual forma debe evaluar el despacho que mi mandante continuó con el tratamiento antibiótico del paciente en su postoperatorio, logrando estabilizar la



leucocitosis que presentaba a su ingreso, controlando a través del servicio de infectología su padecimiento, hasta lograr un egreso seguro, logrando la remisión a la unidad pediátrica del Hospital Simón Bolívar, donde dieron continuidad a su tratamiento.

Así las cosas, no puede endilgarse responsabilidad alguna de mi mandante en cualquier eventual afectación que haya podido sufrir el menor a raíz de atenciones y/o omisiones que pudiesen comprobarse por parte de otras entidades.

#### ❖ INEXISTENCIA DE SOLIDARIDAD:

Como ha sido demostrado a lo largo de la contestación, mi representada atendió al paciente estando ya en una condición crítica, logrando eliminar el riesgo generado por la infección y las patologías precedentes del mismo, por lo que no puede atribuírsele responsabilidad alguna por los hechos que originaron su padecimiento o cualquier eventual mala praxis de otras entidades que se pudiesen probar dentro del actual litigio.

Es por esto por lo que no existe solidaridad alguna donde se incluya a OFTALMOS S.A., al haber sido solo la parte resolutoria de la condición patológica del paciente; diagnosticándolo de manera adecuada y oportuna, y practicando la única opción existente para su condición.

#### ❖ COBRO DE LO NO DEBIDO:

Al no existir responsabilidad alguna y/o obligación expresa y legal adeudada o imputable a mi representada, no existe jurídicamente derecho al pago de los valores reclamados por la demandante a mi representada.

#### ❖ DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ADECUADO:

Mi representada a través de sus profesionales, equipos y especialidades disponibles, realizó un diagnóstico oportuno y adecuado, determinando a través de los exámenes procedentes el tratamiento disponible para la condición del menor KEDUIN ANDREY ZARTA RINCÓN, frente a lo cual debe el despacho conocer que el procedimiento quirúrgico de evisceración (retiro el contenido ocular), era la única opción disponible para evitar el avance de la infección, circunstancia que habría agravado la condición de salud del menor e incluso habría podido llevar a un desenlace fatal.

Adicionalmente, con posterioridad inmediata al procedimiento quirúrgico, mi mandante en internación hospitalaria del menor, dio manejo antibiótico y clínico que conllevó a la normalización de los leucocitos y a una adecuada evolución del paciente, superando incluso las limitaciones existentes hasta su traslado a una institución con unidad pediátrica.

Lo anterior demuestra que mi mandante actuó de manera idónea y oportuna desde el ingreso del paciente a sus instalaciones, dando el manejo y tratamiento

adecuados hasta su egreso en condiciones de salud aceptables, que debían complementarse por servicio pediátrico.

❖ **LA GENÉRICA:**

En los términos de ley, deberá el despacho declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el proceso.

**VI. SOLICITUD.**

Al no existir responsabilidad alguna de OFTALMOS S.A. en el padecimiento del menor, al haber brindado el diagnóstico, procedimiento y tratamientos adecuados y oportunos, respetuosamente solicito al despacho absolver de toda responsabilidad a mi representada dentro del presente litigio y, en consecuencia, condenar en costas y agencias a la parte demandante y a favor de mi representada.

**VII. PRUEBAS.**

○ **DOCUMENTALES:**

- Historia Clínica del paciente KEDUIN ANDREY ZARTA RINCÓN, emitida por la Clínica Barraquer. (Debido a su tamaño se aporta en carpeta adjunta)
- Artículo *“CIRUGÍA DE EVISCERACIÓN OCULAR EN UN CENTRO DE ALTA ESPECIALIDAD EN MÉXICO: estudio retrospectivo de 7 años de experiencia”* del Instituto de Oftalmología Fundación de Asistencia Privado Conde de Valenciana IAP, México D.F. México.
- Artículo *“Etiología de evisceración ocular”* de la Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, Vol. 55, 4, pp, 365-368, 2017.
- Artículo *“Evisceración ocular tras queratitis por Acanthamoeba fulminante”* Centro de la visión, Paraná, Entre Ríos, Argentina, 2020.
- Artículo *“Oftalmomiasis intraocular postraumática por phornia sp. de la Sociedad Española de Oftalmología”*.
- Actualización portafolio de servicios de salud Clínica Barraquer.

○ **TESTIMONIALES:**

Respetuosamente solicito señor juez fijar fecha y hora para que los profesionales que describo a continuación, sean escuchados en testimonio ante su despacho:

**Dra. Juanita Carvajal Puyana** C.C. 51.662.156 [jc@barraquer.edu.co](mailto:jc@barraquer.edu.co)

Quien declarará respecto de las condiciones de salud con que el paciente ingresó a la Clínica Barraquer, así como del diagnóstico y tratamiento que se le proveyó en esta institución.

**Dr. Elkin Ignacio Avellaneda** C.C. 81.754.670 [elkin.avellaneda@gmail.com](mailto:elkin.avellaneda@gmail.com)

Quien declarará respecto de las condiciones de salud con que el paciente ingresó a la Clínica Barraquer, así como las conductas a seguir.

○ **INTERROGATORIO DE PARTE:**

Respetuosamente señor juez, solicito a usted fijar fecha y hora para efectuar interrogatorio de parte a los demandantes, señores LEONOR RINCÓN PEÑA, identificada con cédula de ciudadanía No. 37.269.979 de Puente Nacional y ROBINSON ZARTA ARIAS, identificado con cédula de ciudadanía No. 86.035.570 de San Juan de Arama.

16

**VIII. ANEXOS.**

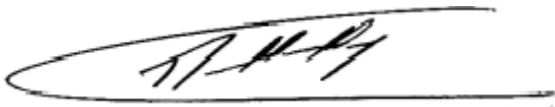
Sírvase señor juez, tener como anexos de la presente demanda:

- Poder debidamente conferido por el Representante Legal de OFTALMOS S.A.
- Certificado de Existencia y Representación Legal de OFTALMOS S.A.
- Copia de la cédula del Representante Legal OFTALMOS S.A.
- Las pruebas documentales que se adjuntan.
- Llamamiento en garantía Juanita Carvajal Puyana (Archivo Adjunto)
- Llamamiento en garantía Allianz seguros (Archivo Adjunto)

**IX. NOTIFICACIONES.**

- ✓ Mi representada podrá ser notificada en la Av. 100 # 18A - 51 de la ciudad de Bogotá, al correo electrónico [contabilidad@barraquer.com.co](mailto:contabilidad@barraquer.com.co) y a los teléfonos 6012188887 – 6012187077.
- ✓ El Representante Legal de mi mandante puede ser notificado en la Av. 100 # 18A - 51 de la ciudad de Bogotá, al correo electrónico [ndbustamanter@barraquer.com.co](mailto:ndbustamanter@barraquer.com.co) y al teléfono 6012188887 Ext. 431.
- ✓ El suscrito podrá ser notificado en la Av. 100 # 18A - 51 de la ciudad de Bogotá, al correo electrónico [ciherrerah@barraquer.com.com](mailto:ciherrerah@barraquer.com.com), y al teléfono 6012188887 Ext. 709.

Del señor Juez.



**CRISTHIAM IVAN HERRERA HERNANDEZ**  
C.C. 1.073.154.643 de Madrid Cundinamarca  
T.P. 225.058 del C.S. de la J.



Artículo original

**Cirugía de evisceración ocular en un centro de alta especialidad en México: estudio retrospectivo de 7 años de experiencia**



M.G. Arellano-Ganem, F. Zuazo, M. González, A. Abdala, O. Olvera-Morales, J.L. Tovilla-Canales y Á. Nava-Castañeda\*

Instituto de Oftalmología Fundación de Asistencia Privada Conde de Valenciana IAP, México D.F., México

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 8 de mayo de 2016

Aceptado el 24 de julio de 2016

On-line el 26 de septiembre de 2016

Palabras clave:

Evisceración

Oftalmía simpática

Endoftalmitis

Implantes

Prótesis

Enucleación

RESUMEN

**Introducción:** En la actualidad la evisceración se está convirtiendo en la técnica de elección en el tratamiento de ciertas enfermedades oculares, como un ojo ciego doloroso, endoftalmitis, entre otras. Para la rehabilitación de la cavidad anoftálmica los implantes más utilizados actualmente son los de hidroxilapatita y polietileno poroso.

**Objetivo:** Describir las indicaciones, tipo de material del implante utilizado y complicaciones en la cirugía de evisceración.

**Métodos:** Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, basado en expedientes clínicos de pacientes sometidos a evisceración entre 2008 y 2015 en el Instituto Fundación Conde de Valenciana.

**Resultados:** Se realizaron 186 cirugías de evisceración. El 52,7% de los pacientes eran hombres. El promedio de edad fue 54 años. El ojo derecho fue eviscerado en el 53% de los casos, el 79,2% presentaba una visión de no percepción de luz. La mayoría presentaba dolor preoperatorio.

El diagnóstico más frecuente por el cual se realizó la evisceración fue endoftalmitis. Se reportaron 20 ojos en phthisis bulbi.

En el 86,81% de los casos se colocó un implante primario. El 34,81% fue de polietileno poroso.

Cuatro casos presentaron extrusión del implante, en 2 casos de polietileno poroso.

La prótesis ocular fue tolerada en el 91% de los casos. No hubo casos de oftalmía simpática.

**Conclusión:** La evisceración se muestra como una alternativa a la enucleación en casos donde la esclerótica pueda preservarse, mostrando baja incidencia de oftalmía simpática.

© 2016 Sociedad Española de Oftalmología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: angelusno@hotmail.com (Á. Nava-Castañeda).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.oftal.2016.07.009>

0365-6691/© 2016 Sociedad Española de Oftalmología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.





## Evisceration surgery in a highly specialized center in Mexico: A retrospective study of 7 years of experience

### ABSTRACT

#### Keywords:

Evisceration  
Sympathetic ophthalmia  
Endophthalmitis  
Implants  
Prosthesis  
Enucleation

**Introduction:** Evisceration is currently becoming the technique of choice in the treatment of certain eye diseases, including, among others, painful blind eye and endophthalmitis. The most widely used implants are currently the hydroxyapatite and porous polyethylene for the rehabilitation of the anophthalmic socket.

**Objective:** To describe the indications, type of implant material used, and complications in evisceration surgery.

**Methods:** A retrospective, observational, descriptive study based on clinical records of patients that underwent evisceration between 2008 and 2015 in the Instituto Fundación Conde de Valenciana, Mexico.

**Results:** A total of 186 evisceration surgeries were performed, of which 52.7% of the patients were men. The mean age was 54 years. The right eye was eviscerated in 53% of cases, and 79.2% had a vision of no light perception. Most patients had preoperative pain.

The most common diagnosis for which evisceration was performed was endophthalmitis. Phthisis bulbi was reported in 20 eyes.

A primary implant was inserted in 86.81% of the cases, with 34.81% of the implants being made of porous polyethylene.

Four cases showed extrusion of the implant, with 2 cases of porous polyethylene.

The ocular prosthesis was tolerated in 91% of cases. There were no cases of sympathetic ophthalmia.

**Conclusion:** Evisceration is shown to be a good alternative to enucleation in cases where the sclera can be preserved, showing a low incidence of sympathetic ophthalmia.

© 2016 Sociedad Española de Oftalmología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

### Introducción

La primera descripción acerca de la remoción ocular para tratar alguna enfermedad oftalmológica de forma quirúrgica fue descrita por George Bartish en 1583<sup>1</sup>. En 1885 fue descrita la técnica actualmente utilizada, por Farrel y Bonnet. El mismo año, los implantes orbitarios para manejo de la cavidad fueron utilizados cuando P. H. Mules introdujo un implante esférico de vidrio, posterior a la evisceración, obteniendo resultados satisfactorios<sup>1-3</sup>. Desde hace algunos años, los implantes esféricos porosos de polietileno e hidroxiapatita han sido los más utilizados, ya que han demostrado buena biocompatibilidad, integración, porcentajes menores de extrusión y menor número de infecciones<sup>1</sup>. Otro elemento utilizado es el cemento óseo de polimetilmetacrilato (PMMA). Este está conformado por una parte sólida y una líquida. La parte sólida contiene el polímero de PMMA además de un iniciador del proceso de polimerización, un radio opacificador y, en algunos casos, antibiótico. La parte líquida contiene el monómero MMA, un acelerador del proceso de polimerización (generalmente un acelerador) y una hidroquinona como estabilizador. Cuando ambos componentes se mezclan, el monómero polimeriza alrededor de la porción sólida prepimerizada para formar PMMA endurecido<sup>4</sup>.

Las indicaciones más frecuentes de evisceración/enucleación y el orden de estas dependen de la literatura revisada, pero en general son: glaucoma, traumatismo, melanoma maligno, phthisis bulbi, endoftalmitis,

metástasis, desprendimiento de retina, enfermedad corneal, retinoblastoma y ojo ciego doloroso, entre otras<sup>1,2,5-8</sup>.

La enucleación está indicada sobre la evisceración cuando nos encontramos ante traumatismos oculares con imposibilidad de reconstrucción, tumores malignos y riesgo alto de oftalmía simpática. Es importante destacar que cuando nos encontramos ante un ojo ciego doloroso de causa desconocida se debe descartar la presencia de tumores malignos antes de indicar una evisceración<sup>9</sup>.

La tasa de complicaciones posteriores a enucleación o evisceración dependen de varios factores, como el material del implante y la técnica quirúrgica. Las complicaciones más comunes relacionadas con el implante son secreción, exposición del implante, migración o infección, dehiscencia conjuntival y formación de granuloma piogénico<sup>6</sup>.

Las complicaciones de la cirugía publicadas en la literatura son: hemorragia, pérdida de músculos extraoculares, dolor, infección, secreciones excesivas, deficiencia de los fondos de saco conjuntivales, migración del implante, rotación del implante, malposición palpebral, ptosis palpebral y alucinaciones visuales postenucleación. Vittorino et al. refieren complicaciones en el 10,6% de sus cirugías<sup>1,6</sup>.

Las ventajas de la evisceración sobre la enucleación incluyen preservación relativa de la esclerótica y conjuntiva, mejores resultados cosméticos, mayor movilidad para la futura prótesis, menor riesgo de infección intracraqueal o extrusión del implante. Si bien se ha preferido la enucleación sobre la evisceración debido a que esta última tendría mayores tasas de oftalmía simpática, el riesgo de esta



enfermedad comparando ambas técnicas quirúrgicas permanece altamente polarizado e inconcluso<sup>10</sup>.

El presente estudio tiene como objetivo describir las causas, tipo de implante utilizado y complicaciones de la cirugía de evisceración en el Instituto de Oftalmología, Fundación Conde de Valenciana.

## Materiales y métodos

Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional y transversal. Se seleccionaron expedientes de pacientes del Instituto de Oftalmología Conde de Valenciana IAP, sometidos a cirugía de evisceración entre enero de 2008 y julio de 2015. Se tomaron en consideración las siguientes variables: edad, género, diagnóstico, ojo afectado, el tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la cirugía, así como el tiempo de seguimiento, la agudeza visual y la presión intraocular preoperatoria, uso y tipo de implante utilizado, tolerancia de la prótesis y presencia de dolor y oftalmía simpática postoperatorias.

Se realizó un análisis descriptivo con el programa Excel (Microsoft Corp., Seattle, WA, EE. UU.).

## Resultados

### Información general

Se registraron un total de 186 pacientes sometidos a evisceración en el periodo comprendido entre enero de 2008 a julio de 2015, en el Instituto de Oftalmología Conde de la Valenciana IAP, realizadas en el departamento de oculoplástica.

El promedio de edad fue de  $54,24 \pm 23,6$  años, con un rango de 4 a 102 años, siendo más frecuente entre los 61 y 70 años (fig. 1).

De los pacientes sometidos a evisceración 88 eran de sexo femenino, que corresponde al 47,3%, y 98 pacientes eran de sexo masculino, correspondiente al 52,7% (fig. 2).

De los ojos eviscerados el ojo derecho se vio afectado en el 53% de los casos y el ojo izquierdo en el 47%.

### Agudeza visual

La mejor visión reportada fue de cuenta dedos a 30 cm en un caso de úlcera corneal. El resto contaba con menor agudeza visual, de los cuales el 79,2% (141 casos) se encontraba en no percepción de luz (tabla 1). Solo se encontraba reportada la visión de 178 casos.

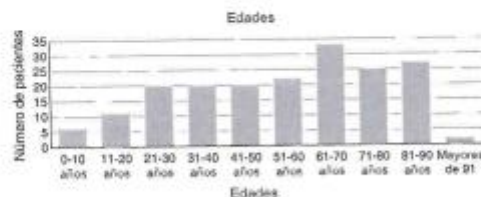


Figura 1 - Edad de los pacientes.

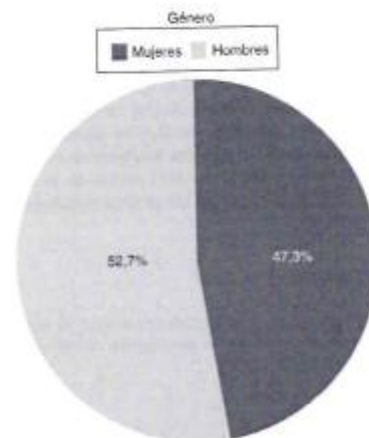


Figura 2 - Distribución por género.

Tabla 1 - Agudeza visual previa a la cirugía

Agudeza visual	N.º pacientes	%
Cuenta dedos	1	0,56
Percepción luz, discrimina colores	10	5,61
Percepción luz, no discrimina colores	26	14,60
No percepción luz	141	79,21

Las presiones intraoculares preoperatorias estaban reportadas en 48 casos y se encontraban en rangos de 0 a 60, siendo el promedio de 22,17 mm Hg.

### Causas de evisceración

Los diagnósticos más frecuentes de evisceración se encuentran resumidos en la figura 3. En esta serie las causas más frecuentes de evisceración fueron en 52 casos endoftalmitis (27,96%), seguido de traumatismo ocular en 43 casos (23,12%), úlcera corneal en 36 casos (19,35%), ojo ciego doloroso en 26 casos (13,96%), glaucoma terminal en 11 pacientes (5,91%) y otras causas en 18 casos (9,68%) (fig. 3).

### Evisceración y endoftalmitis

Dentro de los pacientes con endoftalmitis, el antecedente más frecuente fue úlcera corneal con 7 casos, de los cuales uno fue

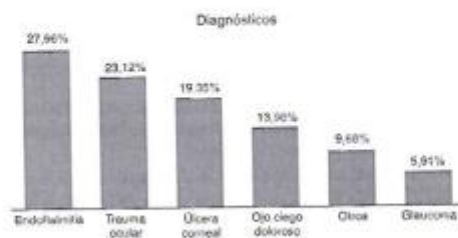


Figura 3 - Diagnósticos previos a la cirugía de evisceración.

por *Candida albicans*; traumatismo ocular en 6 casos y cirugía oftálmica en 6 casos (de los cuales 4 fueron cirugía de catarata y 2 de glaucoma) y un caso por escleromalacia. Solo se encontró un caso de endoftalmitis endógena.

De los casos de evisceración por endoftalmitis, solo 5 casos presentaban informe de cultivos, de los cuales en uno se encontró crecimiento de gram positivos no especificado, en otro *Staphylococcus aureus* y en otro *Staphylococcus epidermidis*. En un cultivo realizado por úlcera perforada se obtuvo *Actinomyces* y en un cultivo de absceso escleral se obtuvo *Pseudomonas aeruginosa*.

#### Evisceración y traumatismo ocular

De los casos reportados de traumatismo ocular, lo más frecuente fue el traumatismo ocular penetrante, con 33 casos.

#### Evisceración y úlcera corneal

De las úlceras corneales, en lo reportado se encontró que 20 estaban perforadas, dos fueron micóticas, una mixta, una neurotrófica con antecedente de traumatismo, una por virus herpes simple, un caso de distrofia corneal, uno autoinmune y otro por queratitis infecciosa. De las no perforadas se encontró una úlcera corneal en un paciente sometido a queratoplastia penetrante por queratopatía bulosa posfacomeulsificación, otro caso con glaucoma absoluto y casos con enfermedades autoinmunes, uno de ellos con artritis reumatoide.

#### Evisceración y ojo ciego doloroso

De los ojos ciegos dolorosos se encontró que 3 pacientes tenían antecedente de desprendimiento de retina, 2 de ellos tratados quirúrgicamente, un caso de enfermedad de Coats, glaucoma absoluto en 6 casos y uno congénito, 4 pacientes con antecedente de úlceras corneales en las que se especifican una micótica y una úlcera de Mooren, 4 casos con antecedente de traumatismo ocular y un caso con sospecha de enfermedad cicatricial.

#### Evisceración por otra causa

De los casos eviscerados por glaucoma se encontró que 5 eran glaucomas neovasculares.

Dentro de las otras causas 8 casos fueron eviscerados por perforación corneal secundaria a virus herpes zoster, artritis reumatoide, quemadura por álcali, queratitis micótica y un caso idiopático. Además se reportaron 2 casos de escleromalacia, absceso corneal y otro caso de absceso escleral, un botón de queratoplastia penetrante desprendido, una evisceración traumática, ptosis bulbi, un desprendimiento de retina y 2 quemaduras.

Se reportaron 20 casos con diagnóstico de phthisis bulbi asociada con mayor frecuencia a ojo ciego doloroso en 6 casos y a traumatismo penetrante en 5 casos.

El tiempo entre el diagnóstico y la evisceración fue muy variable, 127 casos fueron operados durante el primer mes posterior al diagnóstico y 20 casos posterior al año del diagnóstico, con un promedio de 30 meses. Lo más frecuente fue la

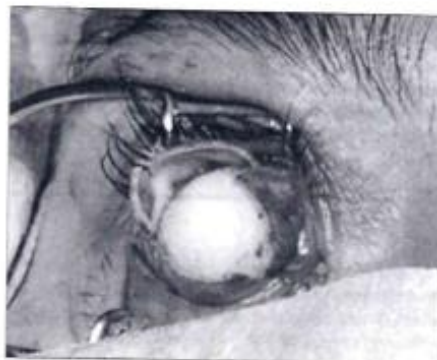


Figura 4 - Ojo eviscerado. Se observa la esclerótica con un implante de polietileno poroso en su interior.

cirugía realizada al día siguiente del diagnóstico, con 38 casos. El seguimiento promedio a partir de la cirugía fue de 20 meses.

#### Implantes orbitarios

En cuanto a los implantes se encontró el informe completo en 135 casos. De estos se colocaron 87 implantes de forma primaria y 14 de forma secundaria. Estos últimos fueron colocados en un segundo tiempo en pacientes en cuya evisceración no se les colocó implante primario, en 11 casos por endoftalmitis, en 2 por traumatismo ocular penetrante y en un caso por adelgazamiento idiopático del tejido en el momento de la evisceración.

En 23 casos no se especifica el tipo de implante colocado y en 34 casos no se colocó implante.

El implante más utilizado fue el de polietileno poroso (fig. 4), seguido de cemento óseo (tabla 2). El tamaño más utilizado fue el de 20 mm.

En nuestra serie, el implante de cemento óseo fue utilizado como una alternativa al implante de polietileno poroso, presentando resultados favorables, con un bajo coste y mínimas complicaciones.

En los casos en los que no se colocó implante, las causas de la evisceración fueron: endoftalmitis en 20 casos, úlcera corneal en 6 casos, traumatismo ocular penetrante en 5 casos, ojo ciego doloroso en 2 casos y un caso de absceso escleral.

Tabla 2 - Tipos de implantes utilizados

Implante	N. pacientes
Acrílico	6
Cemento óseo	15
Cera de hueso	3
Dermograso	1
Polietileno poroso	47
PMMA	4
Silicona	1
MMA	1
Sin implante	34
No especificado	23



El tiempo entre la cirugía y el implante secundario tuvo un rango de un mes a 7 meses, siendo más frecuente la colocación al mes posterior a la evisceración y, generalmente, secundaria a endoftalmítis.

De las prótesis se reportan 101 casos con uso de prótesis, de los cuales 92 pacientes refieren tolerarla de manera satisfactoria.

### Complicaciones

Dentro de las complicaciones se reportan solo una complicación intraoperatoria con hemorragia retrobulbar en un implante secundario, un entropión que se corrigió quirúrgicamente en un segundo tiempo y 4 extrusiones de implante correspondientes al 3,9%. Dos de los implantes extruidos eran de polietileno poroso, correspondiendo al 4,8% de los implantes de este material. En los otros 2 casos de extrusión, no estaba reportado el material del implante.

Se reportó dolor postoperatorio en 7 casos.

No se reportaron casos de oftalmía simpática.

### Discusión

En nuestro estudio se evidenció una mayor cantidad de cirugías de evisceración en pacientes de sexo masculino, lo que concuerda con lo publicado en estudios previos<sup>11</sup>.

La causa principal de evisceración en nuestra serie fue la endoftalmítis, seguido del traumatismo ocular. Si bien en algunos estudios el traumatismo ocular se muestra como la principal indicación de esta cirugía<sup>2</sup>, en algunos países la endoftalmítis es la principal indicación de evisceración y enucleación<sup>7,11,12</sup>. Probablemente en nuestra serie esta tendencia se deba a que en nuestro centro se intenta la reparación de un ojo que ha sufrido un traumatismo, más que la evisceración como conducta quirúrgica primaria.

El implante más utilizado fue el de polietileno poroso, material que permite el crecimiento de tejido por sus poros, permitiendo así su biointegración y disminuyendo el riesgo de extrusión, exposición y de infección. Aun así, la mayor complicación de este es su exposición, que se reporta en diversos estudios entre el 0% y el 20% de los casos<sup>13-15</sup>. Nuestro 4,8% de extrusión de implantes de este material se encuentra dentro de lo reportado.

No se evidenciaron casos de oftalmía simpática en nuestro estudio. En general, la evidencia de asociación entre evisceración y oftalmía simpática es escasa, apoyada principalmente por reportes de casos<sup>7</sup>. Estudios que evalúan la incidencia de oftalmía simpática en pacientes sometidos a evisceración concluyen que esta cirugía es efectiva y segura, con un bajo riesgo de oftalmía simpática<sup>16</sup>, incluso en casos de traumatismo ocular<sup>17,18</sup>.

### Conclusión

La evisceración es una buena alternativa a la enucleación en ciertos casos, ofreciendo buenos resultados y una baja incidencia de complicaciones.

### Conflicto de intereses

Los autores no presentan intereses comerciales.

### BIBLIOGRAFÍA

- Vitorino M, Seriano F, Suárez F. Enucleation and evisceration: 370 cases review. Results and complications. Arch Soc Esp Oftalmol. 2007;82:485-9.
- Limbu B, Seifu R, Rait S. A retrospective study on the causes for evisceration at Tilganga Eye Centre, Kathmandu Univ Med J (KUMJ). 2009;7:115-9.
- Gougelmann HP. The evolution of the ocular motility implant. Int Ophthalmol Clin. 1970;10:689-711.
- Vaishya R, Chauhan M, Vaish A. Bone cement. J Clin Orthop Trauma. 2013;4:157-63.
- Saeed MU, Chang BY, Khadwal M, Shrivane AG, Chakrabarty A. Twenty year review of histopathological findings in enucleated/eviscerated eyes. J Clin Pathol. 2006;59:153-5.
- Kord Valeshabad A, Nasiripour M, Asghari R, Parhizgar SH, Parhizgar SE, Taghvaei M, et al. Enucleation and evisceration: indications, complications and clinicopathological correlations. Int J Ophthalmol. 2014;7:677-80.
- Phan LT, Hwang TN, McCulley TJ. Evisceration in the modern age. Middle East Afr J Ophthalmol. 2012;19:24-33.
- Shah-Dessi SD, Tyers AG, Manners RM. Painful blind eye. Efficacy of enucleation and evisceration in resolving ocular pain. Br J Ophthalmol. 2006;84:437-8.
- Ortiz Silveira M, García Gali M, Reborido Fernández M, Díaz García M, Torres Ortiz H. Consideraciones generales sobre las técnicas de evisceración y enucleación del globo ocular. MEDISAN. 2009;13:1-7.
- Blysk JR. Enucleation, evisceration, and sympathetic ophthalmia. Curr Opin Ophthalmol. 2000;11:372-85.
- Chandlury IA, Alkurayy HS, Shamsi FA, Elaridi E, Riley FC. Current indications and resultant complications of evisceration. Ophthalmic Epidemiol. 2007;14:93-7.
- Dada T, Ray M, Tandon R, Vajpayee RB. A study of the indications and changing trends of evisceration in north India. Clin Experiment Ophthalmol. 2002;30:120-3.
- Jung SK, Cho WK, Paik JS, Yang SW. Long-term surgical outcomes of porous polyethylene orbital implants: a review of 314 cases. Br J Ophthalmol. 2012;96:434-8.
- Blaydon SM, Shepler TR, Neuhaus RW, White WL, Shore JW. The porous polyethylene (Medpor) spherical orbital implant: A retrospective study of 136 cases. Ophthalmol Plast Reconstr Surg. 2003;19:364-71.
- Remulla HD, Rubin FA, Shore JW, Sotula FC, Townsend DJ, Wong JJ, et al. Complications of porous spherical orbital implants. Ophthalmology. 1995;102:586-93.
- Levine MR, Fou CR, Lash RH. The 1998 Wendell Hughes Lecture. Evisceration: Is sympathetic ophthalmia a concern in the new millennium? Ophthalmol Plast Reconstr Surg. 1999;15:4-8.
- Zheng C, Wu AY. Enucleation versus evisceration in ocular trauma: a retrospective review and study of current literature. Orbit. 2013;32:355-61.
- Du Toit N, Motale MI, Richards J, Murray AD, Maltra S. The risk of sympathetic ophthalmia following evisceration for penetrating eye injuries at Groote Schuur Hospital. Br J Ophthalmol. 2008;92:61-3.

Aportaciones originales

## Etiología de evisceración ocular\*

Ocular evisceration etiology

Aline Ruiz-Suárez  
Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Arturo Carrasco-Quiroz  
Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Hugo Alejandro Carrera-Rivera umocular1@msn.com  
Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Julio Alejandro Blanco-D' Mendieta  
Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Etiología de evisceración ocular\*

Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, vol. 55, 4, pp. 365-368, 2017  
Instituto Mexicano del Seguro Social

Recepción: 22 Mayo 2017  
Aprobación: 19 Junio 2017

### Resumen:

**Introducción:** el objetivo de este trabajo fue describir la etiología más frecuente de evisceración ocular en un hospital de tercer nivel de atención.

**Métodos:** estudio observacional y retrospectivo en el servicio de Oftalmología del Hospital de Especialidades del CMN SXXI de enero del 2013 a diciembre del 2016.

**Resultados:** de las 54 evisceraciones, se encontraron como causas principales: la endoftalmitis exógena (25.90%), el traumatismo ocular (22.2%), el ojo ciego doloroso (14.8%), la úlcera corneal perforada y la endoftalmitis endógena, ambas con 13%, así como las úlceras corneales perforadas infecciosas (11.1%); el 70.4% de estas causas estuvieron asociadas a comorbilidades sistémicas y el 79.6% a comorbilidades oftalmológicas.

**Conclusiones:** las endoftalmitis exógenas son las causas más frecuentes de evisceración; la pérdida de un globo ocular tiene importante repercusión social, laboral, y económico para el Instituto Mexicano del Seguro Social.

### Palabras clave:

Evisceración del Ojo, Epidemiología, Endoftalmitis, Procedimientos Quirúrgicos Oftalmológicos.

#### Abstract:

**Background:** The aim of this paper was to determine the most common etiology of ocular evisceration in a third level hospital.

**Methods:** Observational and retrospective study in the Ophthalmology Department from January 2013 to December 2016 at the Centro Médico Nacional Siglo XXI.

**Results:** Of the 54 eviscerations, exogenous endophthalmitis was found 25.90%, ocular trauma 22.2%, painful blind eye 14.8%, perforated corneal ulcer and endogenous endophthalmitis both in 13% and perforated infectious corneal ulcers 11.1%; 70.4% were associated with systemic comorbidities and 79.6% were associated with ophthalmologic comorbidities.

**Conclusions:** Exogenous endophthalmitis is the most frequent evisceration; the loss of an eyeball, has important social and labor impact, and economic for the Instituto Mexicano del Seguro Social.

#### Keywords:

Eye Evisceration, Epidemiology, Endophthalmitis, Ophthalmologic Surgical Procedures.

La evisceración ocular es una cirugía oftalmológica en la que se remueven los tejidos intraoculares, remplazándolos por un implante orbitario, preservando las demás estructuras orbitarias.<sup>1</sup> Es realizada en casos de ojo ciego doloroso, causas infecciosas, traumatismos oculares abiertos y cosméticos.<sup>2</sup> En Ankara, Turquía, se realizó un estudio retrospectivo de 9 años en donde se encontró como primera causa de evisceración los traumatismos oculares en un 60%, seguidos del glaucoma (12.7%), la endoftalmitis (11.8%), la queratitis (8.5%) y la ptisis bulbi (6.9%).<sup>3</sup>

En Estados Unidos se prefiere la evisceración sobre la enucleación cuando la causa subyacente es un proceso benigno,<sup>4</sup> siendo en este país la primera causa de evisceración los traumatismos en un 40.9%, la endoftalmitis en un 45.5%, mientras que la ptisis bulbi y el trauma ocular en un 39.5%.<sup>5</sup> En Jordania, en los años 2006 a 2011, las causas principales de evisceración fueron traumatismo severo 33.3%, y la endoftalmitis (28.6%).<sup>6</sup> En el Instituto Khyber de Ciencias Médicas Oftalmológicas, la causa principal fue la endoftalmitis (54.5%).<sup>7</sup> En Cuba, la evisceración predomina en el sexo masculino (67.4%), entre los 31 a 40 años de edad (22.4%), con predominio del ojo izquierdo en un 53%, la cirugía fue electiva con un 78.7% y urgente en un 21.3%.<sup>8</sup> En México, el Instituto de Oftalmología "Conde de Valenciana" reportó que la causa más frecuente fue la endoftalmitis, con un 27.9%.<sup>9</sup>

En México ha habido pocos estudios publicados al respecto, por lo que el objetivo del presente estudio fue identificar las causas más frecuentes de evisceración ocular en un hospital de tercer nivel de atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

#### Métodos

Se trató de un estudio retrospectivo y analítico, en el que se revisaron expedientes clínicos de pacientes mayores de 18 años a quienes se les realizó evisceración en el Servicio de Oftalmología en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, de enero del 2013 a diciembre del 2016.

Los datos demográficos a considerar fueron: edad, género, lateralidad, diagnóstico específico ocular, complicaciones quirúrgicas tempranas, complicaciones quirúrgicas tardías, tiempo de espera entre el ingreso y la cirugía, colocación de conformador ocular, colocación de prótesis ocular, tiempo de espera entre el ingreso y la cirugía e incapacidad otorgada. Se desarrolló una base de datos electrónica para el análisis estadístico en el programa SPSS versión 21. Se llevó a cabo el análisis con medidas de tendencia central para las variables cuantitativas continuas, desviación estándar como medidas de dispersión y para las variables cualitativas se utilizaron porcentajes y frecuencias simples.



#### Resultados

Se registraron un total de 54 pacientes sometidos a evisceración ocular, con un promedio de edad de  $62 \pm 16$  (19 a 98 años), predominando el género masculino (53.7%), y el ojo derecho (63%) (cuadro I).

Edad	X ± SD	61.77 ± 16.7
Género	Masculino	20 (37.7%)
	Femenino	25 (46.3%)
Ojo	Derecho	34 (63%)
	Izquierdo	20 (37%)
Complicaciones tempranas	No	41 (75.9%)
	Si	13 (24.1%)
Complicaciones tardías	No	46 (85%)
	Si	8 (14.9%)
Incapacidad	General temporal	5 (14.9%)
	Permanente total	1 (3.9%)
	No pensionado	20 (42.6%)
	Invalidez	2 (3.7%)
	Cesantía	2 (3.7%)
	Permanente parcial	2 (3.7%)
	Vejez	10 (19.3%)
Días entre ingreso y cirugía	Riesgo de trabajo	6 (11.1%)
	0-1 Día	34 (62.9%)
	2-5 Días	17 (31.4%)
	> 5 Días	3 (5.7%)

**Cuadro I**  
Datos de 54 pacientes operados de evisceración durante los años 2013-2016 en el Hospital de Especialidades del CMN SXXI

- **Complicaciones quirúrgicas tempranas:** pacientes que tengan uno o más de los siguientes: dehiscencia de herida quirúrgica, quemosi, edema, dolor, sequedad, lagrimeo, irritación e infección.
- **Complicaciones quirúrgicas tardías:** pacientes que tengan uno o más de los siguientes: infección, sequedad, lagrimeo, irritación, entropión, ectropión, ptosis, enoftalmos, exposición o extrusión del implante, contractura de la cavidad anoftálmica.
- **Incapacidad general temporal:** es la situación en la que el trabajador se encuentra temporalmente indispuesto para trabajar y recibe el 60% del salario.
- **Incapacidad permanente total:** es aquella que inhabilita al trabajador para la realización de todas o de las fundamentales tareas de su profesión habitual, siempre que pueda dedicarse a otra distinta, recibiendo entre un 37 a 50% según la escala de Wecker.
- **Incapacidad permanente parcial:** es aquella que, sin alcanzar el grado de total, ocasiona al trabajador una disminución no inferior al 33% en su rendimiento normal para la profesión habitual, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de la misma, recibiendo entre el 24 y 36% del salario según la escala de Wecker.
- **Incapacidad por invalidez:** cuando el trabajador asegurado se halle imposibilitado para procurarse, mediante un trabajo igual al que venía desarrollando, un salario superior al 50% del recibido durante el último año de trabajo y que esa imposibilidad derive de una enfermedad o accidente no profesional.
- **Incapacidad por cesantía:** pacientes con 60 años, reciben 75% de su salario.
- **Incapacidad por vejez:** pacientes con 65 años, reciben 100% de su salario.
- **Incapacidad por riesgo de trabajo:** si la pérdida del globo ocular es ocasionada en el ámbito laboral, en el que recibe el 100% de su salario.

Las causas de evisceración ocular se observan en el **cuadro II**; las evisceraciones oculares que utilizaron conformador correspondieron a 45 pacientes (83.3%) y prótesis en 25 pacientes (46.3%). Se presentaron complicaciones tempranas en 13 casos (24.1%) y tardías en

8 casos (14.8%), las cuales se encuentran resumidas en el cuadro I. El número de días que los pacientes permanecieron hospitalizados desde su ingreso hasta la fecha quirúrgica se ubicó en un rango de 0 a 13 días, siendo más frecuente la evisceración al día siguiente. En cuanto a los pacientes que requirieron incapacidad temporal fueron 8 pacientes (14.8%), permanente en un paciente (1.9%), permanente parcial en 2 casos (3.7%), riesgo de trabajo en 6 casos (11.1%), pensionados por otras causas 14 pacientes (25.9%), y no pensionados 23 casos (42.6%) (cuadro I).

Diagnóstico	n	Porcentaje
Endoftalmitis exógena	14	25.9
Endoftalmitis endógena	7	13
Ojo ciego doloroso	8	14.8
Traumatismo ocular abierto	12	22.2
Ópera corneal perforada infecciosa	8	11.1
Ópera corneal perforada no infecciosa	7	13

Cuadro II  
Causas de evisceración en 54 pacientes durante los años 2013-2016 en el Hospital de Especialidades del CMN SXXI

### Discusión

Si se toma en cuenta que en el Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI, se atienden pacientes de estados del centro y sur del país, como Querétaro, Guerrero, Morelos y Chiapas, se encontró que la principal causa de evisceración ocular fue por endoftalmitis exógena en un 25.90%, en comparación con otros hospitales como el Hospital Militar Central en Cuba "Dr. Luis Díaz Soto", donde la causa más frecuente fue la ptisis bulbi, con un 32.7%;<sup>3</sup> en Estados Unidos, Spraul y Grossniklaus encontraron como primera causa de evisceración, los traumatismos en un 40.9%;<sup>4</sup> Chaudrhy, encontró la endoftalmitis como primera causa con 45.5%;<sup>5</sup> en el departamento de Oftalmología del Hospital Universitario en Jordania la causa principal de evisceración fueron los traumatismo severos (33.3%);<sup>3</sup> y en el departamento de Oftalmología en el Instituto Khyber de Ciencias Médicas Oftalmológicas, la causa principal fue la endoftalmitis (54.5%).<sup>7</sup>

Los pacientes en edad laboral son los que presentan mayor riesgo de traumatismos oculares, por lo antes mencionado, a segmento de la población se le otorgó el mayor porcentaje de incapacidades por riesgo de trabajo en 11.1%, seguidos por incapacidad permanente con 1.9%, lo que le impide a la persona realizar su actividad laboral con el 37 al 50% del salario mínimo; la incapacidad parcial en 3.7%, que abarca del 24 al 36% del salario mínimo, y enfermedad general temporal en 14.8% con el 60% del salario, el 25.9% se encuentra pensionado por otras causas como cesantía, vejez o invalidez y el 42.6% no fue pensionado.

### Conclusiones

Debido a que se trata de un hospital de tercer nivel de atención, no traumatológico, era de esperarse que la principal causa de evisceración ocular fuera la endoftalmitis exógena (25.9%), seguida de los traumatismos oculares abiertos, en pacientes masculinos jóvenes, predominando en ojo derecho.

El 50% de los casos se debieron a causas infecciosas, en donde el dolor, la quemosis, equimosis y el edema fueron las complicaciones tempranas más frecuentes.

En cuanto a las tardías, la principal complicación reportada fue el entropión, seguido de la extrusión del implante. El 31.5% de los pacientes requirió de incapacidad relacionada con el evento quirúrgico, el 11.1% fue por riesgo de trabajo.

### Consideraciones éticas

El proyecto fue aprobado por la Comisión Nacional de Investigación Científica, IMSS R-2017-3601-37. La inclusión de los datos fue con apego a la NORMA Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica. La información adquirida para la inclusión de

análisis estadístico fue utilizada con fines estadísticos sujeta a las políticas de información confidencial del Instituto Mexicano del Seguro Social, donde se mantiene el secreto de confidencialidad del paciente.

#### Referencias

1. Phan LT, Hwang TN, McCulley TJ. Evisceration in the Modern Age. Middle East Afr J Ophthalmol. 2012;19(1):24-33.
2. Hita-Antón C, Jordano-Luna L, Díez-Villalba R. Eye Removal - Current Indications and Technical Tips, Advances in Eye Surgery. Madrid, España: InTech; 2016.
3. Balta Ö, Acar U, Akba F, Lu ŞKÖ, Örnek F. Review of 306 evisceration surgeries performed between 2005 and 2013. Turk J Med Sci. 2016;46:463-467.
4. Spraul C, Grossniklaus H. Analysis of 24,444 surgical specimens accessioned over 55 years in an ophthalmic pathology laboratory. Int Ophthalmol. 1997;21(5):283-304.
5. Chaudhry IA, AlKuraya HS, Shamsi FA, Elzaridi E, Riley FC. Current indications and resultant complications of evisceration. Ophthalmic Epidemiol. 2007;14(2):93-7.
6. Ababneh O, AboTaleb E, Abu-Ameerh M, Yousef Y. Enucleation and evisceration at a tertiary care hospital in a developing country. BMC Ophthalmology. 2015;15:120.
7. Hussain M, Zaman M. Clinical Indications for evisceration and orbital implant trends. Park J Ophthalmol. 2009;25(2):97-100.
8. Yey D, Machín F, Raúl IL, Díaz A. Evisceración ocular: Diez años de estudio. Revista Cubana de Oftalmología. 2015;28(2002):333-40.
9. Zuazo F, González M, Abdala A, Nava-Casta JL. Cirugía de evisceración ocular en un centro de alta especialidad en México: estudio retrospectivo de 7 años de experiencia. Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología. 2017;92(2):58-62.

#### Notas

\* Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno que tuviera relación con este artículo.

#### Notas de autor

umocular1@msn.com

#### Información adicional

PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29792614>

#### Enlace alternativo

[http://revistamedica.imss.gob.mx/edictorio/index.php/revista\\_medica/article/view/2510/2677](http://revistamedica.imss.gob.mx/edictorio/index.php/revista_medica/article/view/2510/2677)  
(pdf)

HTML generado a partir de XML por XSL-FO

# Evisceración ocular tras queratitis por *Acanthamoeba* fulminante

## Autores:

Diego D. Desio<sup>1\*</sup>, Gabriela Esperanza<sup>2</sup>, Flavia Massero<sup>2</sup>, Diego Ramirez Arduh<sup>1</sup>, Uriel Rozenbaum<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Centro de la Visión, Paraná, Entre Ríos, Argentina.

<sup>2</sup> Hospital Oftalmológico Santa Lucía CABA, Argentina.

Contacto: [desio@vitalmail.com](mailto:desio@vitalmail.com)

Recibido: 23/7/2020

Aceptado: 29/10/2020

Disponibles en [www.scielo.org/ar](http://www.scielo.org/ar)

Arch. Argent. Otol. 2020; 76:10-15



## Resumen

**Objetivo:** describir el curso clínico de una paciente con queratitis por *Acanthamoeba*, que a pesar del tratamiento evolucionó erráticamente y el globo ocular tuvo que ser eviscerado. Finalmente se realiza una revisión bibliográfica dicha patología.

**Caso clínico:** mujer sana de 61 años de edad usuaria de lente de contacto blanda, diagnosticada de queratitis por *Acanthamoeba* (QA), recibió tratamiento tópico específico y debido a la mala evolución e intolerancia del dolor ocular se realizó recubrimiento conjuntival-tenoniano bipediculado. Sin embargo, la infección progresó drásticamente a una escleroqueratitis con compromiso vítreo y el globo ocular tuvo que ser eviscerado. La microscopía confocal y la anatomía patológica fueron positivas para *Acanthamoeba* y no así el examen microbiológico ni la reacción en cadena de la polimerasa (PCR).

**Conclusión:** el diagnóstico y tratamiento de queratitis por *Acanthamoeba* suele ser un desafío. Si bien la mayoría de las infecciones por *Acan-*

*thamoeba* suelen estar confinadas a la córnea, la escleroqueratitis es una posible y grave complicación de difícil tratamiento médico y quirúrgico.

**Palabras claves:** queratitis por *Acanthamoeba*, absceso corneal, escleroqueratitis, endoftalmitis, evisceración ocular.

Eye evisceration after fulminating *Acanthamoeba* keratitis

## Abstract

**Objective:** to describe the clinical course of a patient with *Acanthamoeba* keratitis, which despite treatment evolved erratically and the eyeball had to be eviscerated. Finally, a bibliographic review of said pathology is carried out.

**Clinical case:** a healthy 61-year-old woman using a soft contact lens, diagnosed with *Acanthamoeba* keratitis (AK), received specific topical treatment



and due to poor evolution and intolerance of eye pain, a bipedicated conjunctival-tenonian coating was performed. However, the infection drastically progressed to vitreous compromised sclerokeratitis and the eyeball had to be eviscerated. Confocal microscopy and pathological anatomy were positive for *Acanthamoeba*, but not the microbiological examination or the polymerase chain reaction (PCR).

**Conclusion:** diagnosis and treatment of *Acanthamoeba* keratitis is often challenging. Although the majority of *Acanthamoeba* infections are usually confined to the cornea, sclerokeratitis is a possible and serious complication that is difficult to treat medically and surgically.

**Keywords:** *Acanthamoeba* keratitis, corneal abscess, sclerokeratitis, endophthalmitis, ocular evisceration.

## Introducción

La queratitis por *Acanthamoeba* es una causa importante de queratitis microbiana que puede causar inflamación ocular grave y pérdida visual. Es una infección que, a menudo, tiene un mal pronóstico debido a un retraso significativo en el diagnóstico y, con frecuencia, a la falta de un tratamiento médico eficaz. El número de casos notificados en todo el mundo aumenta año tras año, principalmente en usuarios de lentes de contacto, aunque también se han notificado casos en no usuarios de lentes de contacto, con una prevalencia estimada de 1-9 en cien mil<sup>1</sup>. En las primeras etapas de la enfermedad, alrededor del 75 a 90% de todos los pacientes reciben un diagnóstico erróneo, ya que los síntomas típicos de la queratitis por *Acanthamoeba* son difíciles de asociar<sup>2</sup>. El aspecto clínico típico de la queratitis por *Acanthamoeba* incluye epitelio patia pseudodendrítica, porfirinosis, infiltrado anular o infiltrado estromal multifocal y en algunos casos limbitis con infiltración de la conjuntiva y / o uveítis anterior estéril<sup>3</sup>. Los signos y síntomas clínicos junto con la microscopía confocal in vivo pueden realizar un diagnóstico preceptivo de QA, aunque el diagnóstico definitivo requiere la identificación de *Acanthamoeba* mediante raspado directo, histología o identificación de ADN mediante PCR<sup>4</sup>. El tratamiento más difundido de la QA consiste en el uso de agentes antimicrobianos tópicos con diamidinas y biguanidas<sup>5</sup>. Por lo tanto, el objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico de QA de difícil tratamiento.

Arch. Asoc. Oftalmol. 2023; 71: 10-15

1. Evisceración ocular tras queratitis por *Acanthamoeba* fulminante

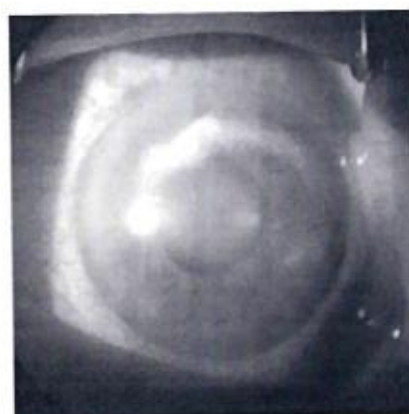


Figura 1: Absceso corneal en senilina.



Figura 2: Progresión en forma anular e hipopót.

describir su evolución clínica, diagnóstico y su tratamiento clínico-quirúrgico.

## Caso clínico

Paciente de sexo femenino de 61 años de edad, que consultó por dolor ocular intenso refiriendo estar en tratamiento por un absceso corneal del ojo izquierdo hace 3 semanas. Refiere que todo comenzó con unas molestias en su ojo izquierdo

luego de usar sus lentes de contacto. Durante esas tres semanas fue tratada con colirios de vancomicina, acetato de prednisona 1%, atropina 1% y otros antibióticos tópicos (sin recordar sus nombres), además de geles oftálmicos de ganciclovir 0.15% y extracto desproteinizado de sangre de ternera. Además le realizaron toma de muestra corneal para análisis siendo negativo el examen directo y cultivo como así también la PCR para *Acanthamoeba*, según refiere.

Al examen oftalmológico la agudeza visual mejor corregida con su refracción aérea (+2.50 esférico) era de 20/20 y de 20/400 para el ojo derecho e izquierdo, respectivamente. El examen con lámpara de hendidura del ojo izquierdo se observa un absceso corneal mayor a 6 mm de diámetro en forma de semiluna con infiltración estromal en el tercio superior de la córnea, inyección periquerática, sin compromiso de cámara anterior (fig. 1). El resto del examen ocular era normal. Se postularon las siguientes diagnósticas diferenciales: infección por *Acanthamoeba*, *Pseudomonas*, herpes, abuso de anestésicos y micosis. La paciente negó el uso de anestésicos tópicos. Se realizó toma de muestras mediante raspado corneal para estudios microbiológicos (examen directo y cultivo); además se solicitó microscopía confocal y PCR para hongos universales. Se sospechó la posibilidad de una QA, indicándose tratamiento con colirios de polihexametilbiguanidas (PHMB) 0.02% y clorhexidina 0.02% cada una hora (comenzando a las 24 horas); vancomicina 50 mg/ml y ceftazidima 50 mg/ml cada 2 horas; ganciclovir 0.15% cada 4 horas, atropina 1% cada 12 horas, además de analgésicos vía oral. Los controles posteriores no presentaron un agravamiento del cuadro infeccioso con respecto al primer control. Refirió no cumplir, por momentos, con el tratamiento por estar pasando por una mala situación emotiva por la pérdida de un familiar. El examen microbiológico (directo y cultivo) a los 5 días dio negativo y la microscopía confocal al sexto día informa la presencia de numerosos quistes de amebas en estroma superficial y profundo con posible micosis asociada. Por tal motivo se decide continuar con el mismo tratamiento además de voriconazol 1% cada 2 horas. A los 13 días la paciente se presenta al control refiriendo un dolor ocular intenso que no calma con ningún analgésico. Por lo que debido al empeoramiento del absceso corneal (fig. 2) y al dolor ocular intenso se decide realizar un recubrimiento conjuntival-tenoniano bipediculado (fig. 3) con previa queratectomía lamelar central. Se

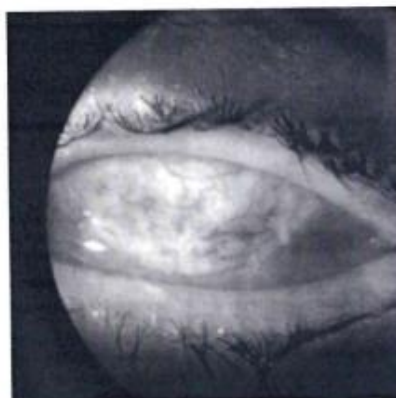


Figura 3: Recubrimiento conjuntival-tenoniano.

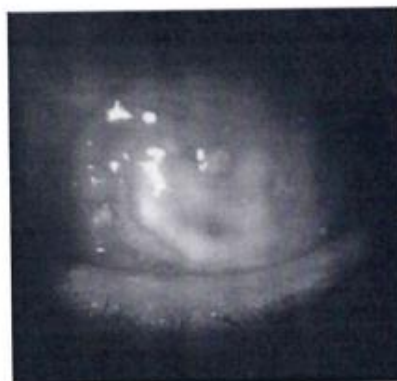


Figura 4: Retracción del recubrimiento. Queratitis grave.

indicó tratamiento con PHMB 0.02%, clorhexidina 0.02% y voriconazol 1% cada 4 horas y atropina cada 12 horas. La PCR para hongos universales resultó negativa.

Al mes del recubrimiento conjuntival-tenoniano se evidencia retracción del mismo hacia superior, y progresión del absceso corneal con compromiso del limbo (fig. 4). A las 48 horas se realiza cirugía

de reposicionamiento, continuando con el mismo tratamiento tópico.  
A pesar del tratamiento médico y quirúrgico a los 28 días de la cirugía de reposicionamiento conjuntival-tenoniano, la paciente presentaba un gran melting de todo el estroma corneal asociado a una escleroqueratitis difusa intensa (fig. 5), además del dolor ocular recalcitrante. La ecografía ocular, realizada en otro centro oftalmológico, informó la presencia de un vítreo heterogéneo (múltiples ecos puntiformes en vítreo anterior). Debido a la mala evolución de la enfermedad y a la preocupación sobre la diseminación extracocular de la infección, se indicó una evisceración ocular sin implante. La agudeza visual previo a la evisceración ocular era de mala proyección luminosa. La anatomía patológica del material remitido informó: proceso inflamatorio supurado; presencia de estructuras PAS positivas compatibles con *Acanthamoeba*.

#### Discusión

La queratitis microbiana es una afección grave que puede llevar a la disfunción visual severa y permanente, y que requiere un diagnóstico y tratamiento oportunos para evitar resultados desfavorables.

Características importantes para el diagnóstico diferencial de la queratitis por *Acanthamoeba* (QA) frente a la queratitis por otros agentes infecciosos.

Características específicas de AK	En comparación con
Epiteliopatía pseudodendriforme, defectos del epitelio sin nudos terminales, infiltrados perineurales, [infiltrado en anillo] *, el endotelio no está afectado	Queratitis por herpes simple
Generalmente restringido a la córnea, ausencia de actividad en la cámara anterior, los infiltrados estromales suelen ser multifocales (no monofocales), [infiltrado en anillo] *	Queratitis bacteriana
Por lo general, se limita a la córnea, defectos claros del epitelio, infiltrados del estroma perineural, [infiltrado en anillo] *	Queratitis por hongos

\* El infiltrado en anillo característico solo se observa en la etapa avanzada e incluso entonces solo en el 50% de los pacientes

Tabla 7

Evisceración ocular tres días antes por *Acanthamoeba* fulminante



Figura 5: Escleroqueratitis grave, progresiva e incontrolada.



En lo que respecta a la QA la sospecha clínica es el peso más importante en el diagnóstico y tratamiento de dicha entidad. La QA debe considerarse en las siguientes circunstancias: (1) en todos los usuarios de lentes de contacto; (2) en casos de traumatismo corneal complicado por exposición al suelo o agua contaminada; (3) en los casos que responden mal al tratamiento de primera línea de la queratitis bacteriana, micótica o por virus herpes simple<sup>7</sup>. Con respecto a los síntomas de la QA una característica frecuente es la presencia de dolor ocular que es desproporcionado a los signos clínicos. Los hallazgos clínicos de la QA dependen principalmente del momento de la presentación. Existen ciertas características para el diagnóstico diferencial de la queratitis por *Acanthamoeba* frente a otras causas de queratitis infecciosa [Tabla]<sup>8</sup>. Los métodos diagnósticos de elección y más comúnmente difundido es el cultivo en agar no nutritivo enriquecido en E. coli y el examen directo del raspado corneal utilizando múltiples tinciones<sup>8</sup>. Otros métodos diagnósticos frecuentes son la microscopía confocal y la PCR. Joanna W. Y. Goh et al.<sup>9</sup>, informaron una sensibilidad y especificidad del 100% para microscopía confocal en manos experimentadas; y de una sensibilidad del 71.4% y especificidad del 100% para la técnica de PCR. El pilar del tratamiento médico de la QA es bien conocido, basándose en el uso combinado de biguanidas (polihexametilbiguanida 0.02% y clorhexidina 0.02%) y diamidinas (propamida 0.1%, hexamida 0.1%). En nuestro medio la terapia doble con biguanidas de preparación magistral es considerada la primera línea de tratamiento para la QA, en parte, debido a la escasa o nula disponibilidad en la preparación magistral de las diamidinas. El uso concomitante con esteroides no está claro y la mayoría de los expertos no recomienda su uso ya que inhiben la respuesta inmunológica del paciente y aumentaría la patogenicidad de las amebas<sup>7</sup>. Las opciones de tratamiento quirúrgico más utilizadas son la queratoplastia penetrante<sup>10-12</sup> y el recubrimiento conjuntival bipedículo<sup>13</sup>. Salvo el adelgazamiento corneal extremo o la perforación ocular, la opción quirúrgica y el momento adecuado todavía están mal definidos, y dependerá de la experiencia del cirujano en dichas técnicas<sup>8</sup>. Pero a pesar del tratamiento clínico-quirúrgico correcto,

la evolución tórpida de las QA es una posibilidad llevando a la evisceración<sup>14</sup> o enucleación<sup>15-16</sup> del globo ocular.

En lo que respecta a nuestro paciente, desde el primer día de la consulta se sospechó queratitis por *Acanthamoeba* indicándose, como marca la literatura, el tratamiento para dicha patología, además del tratamiento fúngico por su sospecha en la microscopía confocal. En nuestro caso creemos que los posibles factores que influyeron en la mala evolución del cuadro clínico infeccioso pudieron ser: el retraso en el diagnóstico inicial, la mala adherencia al tratamiento, organismos resistentes y los eventos estresantes que la paciente vivencia en ese momento. Existe suficiente información para aceptar que los eventos estresantes producen alteraciones inmunológicas negativas, aumentan la susceptibilidad a padecer enfermedades infecciosas o modificar la severidad de las mismas<sup>17</sup>. Sin embargo, otros aspectos pueden discutirse como por ejemplo el tipo de cirugía y su momento más oportuno, la técnica quirúrgica del recubrimiento conjuntival, además del tratamiento farmacológico inicial.

## Conclusión

Para minimizar las secuelas permanentes, se debe iniciar una terapia antimicrobiana oportuna sobre una adecuada evaluación clínica y de laboratorio. Si bien el diagnóstico adecuado del o de los agentes causales es fundamental para el éxito del tratamiento de las queratitis infecciosas, este caso demuestra que a pesar de la persistente intervención médica y quirúrgica, la resolución del cuadro infeccioso puede no ser posible.

## Consentimiento

Este informe no contiene ninguna información personal que pueda conducir a la identificación del paciente.

Los autores no tienen intereses comerciales en ningún material de los presentados en este artículo.







#### REFERENCIAS

- Nicholls J R Maycock, Rakesh Jayetwari. Update on Acanthamoeba Keratitis: Diagnosis, Treatment, and Outcomes. *Cornea*. 2016 May; 35(5):713-20.
- Jacob Lorenzo-Morales, Naveed A Khan, Julia Wlochowik. An update on Acanthamoeba Keratitis: diagnosis, pathogenesis and treatment. *Parasite*. 2018; 22:0.
- Nóra Szentmáry, László Dáas, et al. Acanthamoeba Keratitis – Clinical signs, differential diagnosis and treatment. *J Curr Ophthalmol* 2019 Mar; 31(1):16-23.
- N Szentmáry, S Goebls, et al. Acanthamoeba Keratitis is a rare and often late diagnosed disease. *Klin Monats Augenh*. 2012 May; 229(5):521-8.
- N Brouhaoui, A Latibé, et al. Acanthamoeba Keratitis. *J Fr Ophthalmol*. 2014 Oct; 37(8):640-53.
- Kristin M Hammersmith. Diagnosis and management of Acanthamoeba Keratitis. *Curr Opin Ophthalmol*. 2006 Aug; 17(4):327-31.
- Hind M, Alkatan, Rakan S, Al-Essa. Challenges in the diagnosis of microbial keratitis: A detailed review with update and general guidelines. *Saudi J Ophthalmol*. 2019 Jul-Sep; 33(3):266-276.
- Schuster F.L. Cultivation of pathogenic and opportunistic free-living amoebae. *Clin Microbiol Rev*. 2002;15(3):342-354.
- Joanne W Y Goh, Rhys Harrison, et al. Comparison of in Vivo Confocal Microscopy, PCR and Culture of Corneal Scrapes in the Diagnosis of Acanthamoeba Keratitis. *Cornea*. 2018 Apr; 37(4):480-485.
- Illigworth CD, Cook SD. Acanthamoeba Keratitis. *Surv Ophthalmol* 1998; 42:493-508.
- Leonardo P D' Alessandro, Silvia B Rossetti, Juan O Crovatto. Therapeutic Keratoplasty in acanthamoeba keratitis. *Ophthalmol Clin* 2009; 3(2): 46-52.
- Gustavo Cremona, María Carrasco, Adriana Tytkin, María J Cosentino. Treatment of advanced acanthamoeba keratitis with deep lamellar keratectomy and conjunctival flap. *Cornea*. 2002 Oct; 21(7):705-8.
- Anita Raghavan, DO, FRCS, Saravanan Veerappan, et al. Fulminant Acanthamoeba Endophthalmitis After Cataract Surgery – A Case Report. *Cornea* 2020; 39:1055-1058.
- Zaid Mammo, David R. P. Almeida, et al. Acanthamoeba Endophthalmitis After Recurrent Keratitis and nodular scleritis. *Retinal Cases & Brief Reports* 0:1-3, 2016.
- Rafael Sirera, Pedro T. Sánchez, Carlos Campos. *Neumología, Estrés, Depresión y Cáncer: Psicooncología*. Vol 3, Núm 1, 2006. pp. 35-46.





## ARCHIVOS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OFTALMOLOGÍA

www.elsevier.es/oftalmologia



34

### Comunicación corta

## Oftalmomiasis intraocular postraumática por Phormia sp.

F. Munayco-Guillén<sup>a,b,\*</sup>, P.A. Muro-Mansilla<sup>a,b</sup>, L.S. Marroquín-Loayza<sup>a,b</sup>,  
J.A. Zavala-Loayza<sup>a,b</sup>, R.R. Cámara-Reyes<sup>c</sup> y A. Verástegui-Díaz<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Retina y Vítreo, Instituto Nacional de Oftalmología, Lima, Perú

<sup>b</sup> Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú

<sup>c</sup> Universidad San Luis Gonzaga de Ica. Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de Ica (SOCEMI), Ica, Perú

<sup>d</sup> Universidad Ricardo Palma. Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad Ricardo Palma (SOCEMURP), Lima, Perú

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 28 de febrero de 2018

Aceptado el 31 de agosto de 2018

On-line el 15 de octubre de 2018

#### Palabras clave:

Oftalmomiasis intraocular

Larva

Evisceración

Traumatismo a globo abierto

Mosca

### RESUMEN

**Caso clínico:** Paciente varón de 18 años el cual presentaba lesión en el ojo izquierdo por arma de fuego. Permaneció inconsciente 2 días en una zona agrícola, luego fue llevado a un hospital local donde se le extrajeron larvas. En el ojo izquierdo presentó una agudeza visual de no percepción de luz, heridas con pérdida de sustancia en los párpados superior e inferior, atalamia, hipotonía, edema corneal, herida con exposición uveal y salida de larvas en zona II. Se le practicó evisceración del ojo izquierdo.

**Discusión:** Un traumatismo ocular abierto no tratado adecuadamente es factor de riesgo para la instalación de una oftalmomiasis intraocular.

© 2018 Sociedad Española de Oftalmología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

### Post-traumatic intraocular ophthalmomyiasis due to *Phormia* sp.

### ABSTRACT

**Clinical case:** An 18 year-old male patient presented with an injury to the left eye caused by a firearm. He remained unconscious for 2 days in an agricultural area, had a visual acuity of non-perception of light, wounds with loss of substance in upper and lower eyelid, atalamia, hypotonia, corneal oedema, wound with uveal exposure and exit of larvae in zone II. He was subjected to evisceration of the left eye.

**Discussion:** An untreated open ocular traumatism is a risk factor for intraocular ophthalmomyiasis.

© 2018 Sociedad Española de Oftalmología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fernando.munayco.g@upch.pe (F. Munayco-Guillén).

<https://doi.org/10.1016/j.oftal.2018.08.005>

0365-6691/© 2018 Sociedad Española de Oftalmología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.



## Introducción

La miasis es una infección producida por la invasión de larvas de moscas en tejidos, órganos o cavidades corporales. Se pueden dividir en a) primarias o verdaderas: atacan a tejidos sanos (parásitos biontófagos) y b) miasis secundarias: atacan a tejidos lesionados o necróticos (parásitos necrobiontófagos)<sup>1,2</sup>. La oftalmomiasis es un hecho poco frecuente ya que, según la literatura, se reporta que representa menos del 5% de los casos de miasis<sup>3</sup>.

La oftalmomiasis se clasifica en 3 formas clínicas: a) externa, donde las larvas infestan los párpados o la superficie ocular; b) interna, cuando las larvas penetran en el globo ocular y pueden infestar la cavidad vítrea o espacio subretiniano, y c) orbitaria, cuando invaden espacio y tejido orbitario<sup>4</sup>.

La oftalmomiasis más frecuente en humanos es la externa, siendo en su mayoría causada por *Oestrus ovis* (mosca del carnero), que es de distribución universal. Existen otras especies como la *Cochliomyia hominivorax* (gusano barrenador), que es considerada endémica en el Perú. Esta especie puede provocar una oftalmomiasis interna sin necesidad de solución de continuidad<sup>5</sup>.

Exponemos el caso de un paciente con un traumatismo a globo abierto que presentó una oftalmomiasis externa y que luego se convirtió en interna, siendo la larva de mosca *Phormia* sp. el parásito infestante. Este es el primer reporte de una oftalmomiasis interna reportada en este parásito, posterior a un trauma ocular abierto.

## Caso clínico

Presentamos el caso de un paciente varón de 18 años que fue herido por un arma de fuego que dispara perdigones, impactándole en la mano izquierda y en el rostro, afectando severamente el ojo izquierdo. El paciente permaneció inconsciente por 2 días en campo abierto, en una zona agrícola. Al ser encontrado inconsciente en el suelo, fue llevado al hospital de Huánuco (provincia límite entre los Andes y la selva del Perú), donde se le extrajo abundante cantidad de larvas del ojo izquierdo y fue tratado de sus demás lesiones.

Debido a la complejidad de las lesiones, fue referido al Instituto Nacional de Oftalmología del Perú, al que llegó 9 días después del suceso.

Al examen clínico se encontró que el ojo izquierdo presentaba heridas con pérdida de sustancia del 50% en el párpado superior y pérdida de sustancia del 30% en el párpado inferior (fig. 1). Se observó además que había una herida escleral con exposición uveal en zona II, con material purulento y larvas de mosca. El ojo izquierdo se encontraba hipotónico y en el segmento anterior había atalamia y edema corneal (++). La agudeza visual era de no percepción de luz y el fondo de ojo no evaluable por opacidad de medios.

Se realizó una ecografía en el ojo izquierdo y se hallaron imágenes hiperecogénicas sugerentes de cuerpos extraños intraoculares (fig. 2).

Al examen físico en el ojo derecho se encontró: Tyndall (++), flare (++), pupila hiporreactiva y un fondo de ojo en el que se observó hemovitrío de grado II con palidez retinal y



Figura 1 – Herida de ojo izquierdo con pérdida de sustancia del 50% en el párpado superior y del 30% en el párpado inferior.

microhemorragias difusas. Se brindó tratamiento médico con prednisolona, atropina y ketorolaco por vía oral.

Se le realizó una tomografía de órbita en la cual se observó la presencia de un cuerpo extraño metálico que estaba atrapado en la pared medial de la órbita (fig. 2).

Se decidió llevar a cabo limpieza quirúrgica, evisceración del globo ocular izquierdo sin colocación de implante y sutura de heridas palpebrales. Se tomó esta decisión teniendo como criterios lo siguiente: el tiempo de evolución, el alto riesgo de infección y las imágenes ecográficas sugerentes de larvas intraoculares. Al momento de la evisceración, se evidenció la presencia de larvas de mosca. Se dejó al paciente con ciprofloxacino y clindamicina intravenosa, así como oxitetraclina en ungüento.

La anatomía patológica reportó la presencia de larvas, las cuales se encontraban enganchadas al tejido uveal (fig. 3). Inmediatamente se tomaron especímenes que fueron enviados al Instituto Nacional de Salud del Perú para ser procesados en el laboratorio de enteroparasitología, a fin de identificar la especie.

## Discusión

La literatura describe que el riesgo de tener una oftalmomiasis aumenta en situaciones de vulnerabilidad, como alcoholismo, postración, inmunosupresión, demencia, estados de inconciencia, tumores con necrosis y exposición de heridas abiertas<sup>2</sup>.

En el caso de nuestro paciente: el quedar inconsciente, tener heridas expuestas en párpados y estar en campo abierto facilitaron la infestación, ocasionando una oftalmomiasis externa. Por otro lado, el trauma ocular a globo abierto, no tratado adecuadamente, permitió la entrada de los parásitos dentro del ojo, convirtiéndola en una oftalmomiasis intraocular. La anatomía patológica nos demuestra que las larvas estaban enganchadas a la úvea, lo que demostraba que la infestación intraocular no era reciente. Aparte del uso de sus ganchos, estos parásitos utilizan enzimas proteolíticas (quimiotripsina) que les facilitan el anclaje al tejido<sup>6</sup>. Definitivamente esto empeora el pronóstico tanto anatómico como visual del paciente, por lo que existe un mayor riesgo de endoftalmitis y de otras complicaciones severas, como meningitis, destrucción de la órbita y tejidos circundantes<sup>8</sup>.



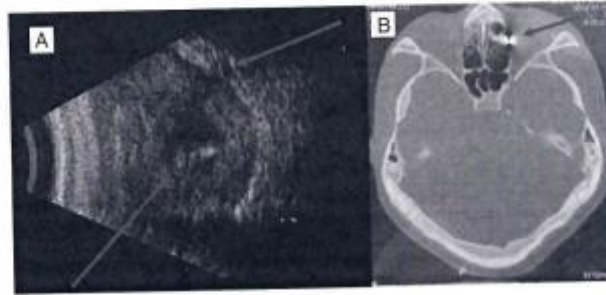


Figura 2 - A) Ecografía del ojo izquierdo en modo B. B) Tomografía computada muestra imagen radiopaca sugerente de cuerpo extraño metálico en la pared medial de la órbita. Flecha inferior: imágenes hiperecogénicas intraoculares. Flecha superior: solución de continuidad en esclera. B) Imagen hiperdensa sugerente de cuerpo extraño metálico en la pared medial de la órbita.

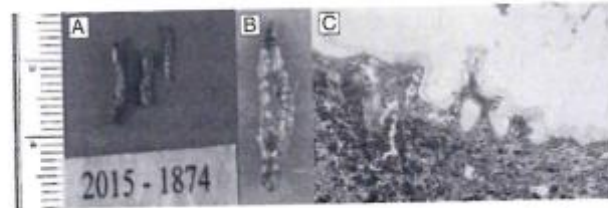


Figura 3 - A) Larvas de *Phormia* sp. extraídas después de la evisceración del ojo izquierdo. B) Larva de *Phormia* sp. donde se aprecian múltiples ganchos en la extensión de su cuerpo. C) Ganchos de la larva introducidos dentro del tejido uveal. Se observa, además, parte del cuerpo del parásito adherido a la úvea (HE 400x).

Una oftalmomiasis extraocular puede convertirse en intraocular dependiendo también de la especie de larva y de factores de riesgo del hospedero<sup>2,3</sup>. Es importante determinar la especie de la larva, ya que también nos puede proporcionar información como el tiempo de exposición<sup>7,8</sup>.

*Phormia* sp. pertenece al orden Diptera y a la familia Calliphoridae, y puede ser residente desde el día 1 al día 14, generalmente en tejidos post mortem. Estos dípteros depositan sus huevos en el cadáver en todos aquellos tejidos donde hay discontinuidad, informándose su presencia principalmente en tejidos dañados. El crecimiento y desarrollo de la mosca depende de la temperatura del ambiente, por lo que se le considera una especie poiquilotérmica y es más común encontrarla en los cadáveres abandonados al aire libre durante la estación calurosa. A temperatura ambiente, la etapa de huevo a pupa dura alrededor de 6-11 h. Con un aumento en la temperatura del ambiente circundante, las tasas metabólicas de la mosca generalmente aumentan, lo que provoca un aumento en la tasa de crecimiento y desarrollo<sup>7</sup>.

En caso de pacientes vivos, las larvas de *Phormia* sp. pueden afectar algún tejido necrótico apareciendo a partir de las 10 h, tiempo que es favorecido si la persona se encuentra al aire libre y el ambiente es caluroso<sup>7,8</sup>. Se reconoce que *Phormia* sp. tiene importancia forense, porque ayuda a determinar el intervalo post mortem<sup>9,8</sup>.

En el tratamiento, se recomienda la remoción mecánica de las larvas, pero para evitar recidivas se puede utilizar ivermectina 300 µg/kg a dosis única, acompañada de

antibioticoterapia de amplio espectro para cubrir aerobios y anaerobios<sup>2,3</sup>.

En nuestro paciente se decidió la evisceración y no la enucleación porque se observó que no había signos de necrosis en la esclera, lo que permitiría la colocación de un implante y una prótesis en una segunda intención, obteniendo así una mejora del aspecto estético y consiguientes beneficios en la autoestima del paciente.

## Conclusiones

Con base en el caso clínico presentado, se puede concluir que un traumatismo a globo abierto no tratado adecuadamente puede favorecer la aparición de una oftalmomiasis interna en un paciente con condiciones de riesgo.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Beltrán M, Torres G, Segami H, Náquira V. Miasis ocular por *Cordulia* sp. Rev Per Med Exp Salud Pública. 2006;23:70-2.
2. Martins-Junior J, Santos-Keim F, Iancorinski J. Oftalmomiasis post traumática: relato de caso y revisión de la literatura. Rev Bras Oftalmol. 2010;69:264-8.

3. Kim JS, Kim JW, Lee HE, Lee IY, Oh SA, Seo M. Ophthalmomyiasis caused by a *Phormia* sp. (Diptera: Calliphoridae) larva in an enucleated patient. Korean J Parasitol. 2011;49:173-5.
4. Domínguez-Enríquez J, Cueva-Rosillo J, Cusco Cusco C, Rodríguez-Hidalgo R, Calvopiña M. Miasis orbital severa causada por *Cochliomyia hominivorax* en la región andina de Ecuador. Rev Mex Oftalmol. 2016;90:43-7.
5. Silveira-Seravia V, Hago-Amaro M, Belfort R, Burnier M. A case of anterior internal ophthalmomyiasis: case report. Arq Bras Oftalmol. 2006;69:741-3.
6. López-Rubio S, González-González LA, Stevenson-Fernández M, Rodríguez-García A. Visión de halos como manifestación inicial de oftalmomiasis interna posterior: reporte de un caso. Rev Mex Oftalmol. 2015;84:116-21.
7. Kirkpatrick RS, Olson JK. Nocturnal light and temperature influences on necrophagous, carrion-associating blow fly species (Diptera: Calliphoridae) of forensic importance in Central Texas. Southwest Entomol. 2007;32:31-6.
8. Byrd JH, Allen JC. The development of the black blow fly, *Phormia regina* (Meigen). Forensic Sci Int. 2001;120:79-88.
9. Lagacé-Wiens F, Dookeran R, Skinner S, Leicht R, Colwell D, Galloway TD. Human ophthalmomyiasis interna caused by *Hypoderma tarandi*, Northern Canada. Emerg Infect Dis. 2008;14:64-6.



**\* \* \* D E F I N I T I V O \* \* \***

El prestador de servicios de salud para esta sede como se menciona en este documento SI FINALIZÓ LA ACTUALIZACIÓN DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS.

\*\*\*INICIO DOCUMENTO ACTUALIZACIÓN PORTAFOLIO DE SERVICIOS.\*\*\*

1100101443 - CLINICA BARRAQUER

**IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR.**

<b>Código y Nombre del Prestador:</b>		1100101443 - OFTALMOS S.A.			
NI/Nit / CC.Cédula	NI:860006626-8		Nombre o razón social:		OFTALMOS S.A.
Fecha de inscripción:	2006/06/30	Fecha de vencimiento:	2024/08/31	Clase de prestador:	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS
Clase de persona:	JURIDICO	Naturaleza Jurídica:	PRIVADA	Nivel de Atención del Prestador:	
Empresa Social del Estado:	NO			Carácter Territorial de la Entidad:	
Representante Legal:	NÉSTOR DARÍO BUSTAMANTE RAMÍREZ			Dirección administrativa:	AV 100 NO. 18 A 51
Telefono:	2187077 ext 326	Fax:	6104406	Email:	gcalidad@barraquer.com.co
Municipio:	Distrito:BOGOTÁ			Departamento:	Distrito:BOGOTÁ

**SEDE PRINCIPAL DEL PRESTADOR.**

<b>Código y Nombre Sede Principal:</b>		110010144301 - CLINICA BARRAQUER			
Dirección:	AV 100 NO. 18 A 51		Barrio:	CHICO	
Telefono:	2563285	Fax:	6104406	Email:	gcalidad@barraquer.com.co
Gerente:	NÉSTOR DARÍO BUSTAMANTE RAMÍREZ			Fecha de Apertura:	2006/06/30
Municipio:	Distrito:BOGOTÁ			Departamento:	Distrito:BOGOTÁ

**SEDE DEL PRESTADOR DONDE SE REALIZA LA ACTUALIZACIÓN DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.**

<b>Código y Nombre Sede:</b>		110010144301 - CLINICA BARRAQUER			
Dirección:	AV 100 NO. 18 A 51		Barrio:	CHICO	

ACTUALIZACIÓN PORTAFOLIO DE SERVICIOS-RES.3100 DE 2019.

Página: 1

CORREOS ELECTRÓNICOS DEL PRESTADOR Y LA SEDE DEL PRESTADOR DONDE SE REALIZA LA ACTUALIZACIÓN DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOSSERVICIOS DE LA SEDE DE PRESTADOR QUE FUERON HABILITADOS CON APERTURA DE CÓDIGOS NUEVOS PARA LA RESOLUCIÓN 3100 DE 2019SERVICIOS DE LA SEDE DEL PRESTADOR DONDE SE REALIZA LA ACTUALIZACIÓN DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019

ACTUALIZACIÓN PORTAFOLIO DE SERVICIOS RES 3100 DE 2019

Página: 2

CONVENCIONES:

ONC: Oncologia

AMB: Intramural

HOSP: Intramural Hospitalario

MOVI: Extramural Móvil

DOMI: Extramural Domiciliario

OTRA: Extramural Otrac

CR: Telemedicina Centro Referência

IR: Telemedicina Institución B

RA 1A: Consolidated Balance Sheet

### MEDI: Complejidad Media

### Al TA: Complejidad Alta

TR: Código transición-VER TABLA

M. IRE: Modelli di Intervento

#### M. EXCEM Modelled Extracurricular

### Abstract

**M.BOM: Modelbased Browser**

M. IS. Modalidad: Lección

## TRANSICIÓN DE SERVICIOS

M. IRE: Modelli di Intervento

#### M. F. C. M. Model of Extracranial

### Abstract

**M.DCM Modelled at Decomposition**

M. IG. Mortalidad. Legenda de Colores

## TRANSICIÓN DE SERVICIOS

ACTUALIZACIÓN PORTAFOLIO DE SERVICIOS-RES 3100 DE 2019

Página: 3

M-PR: Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina  
M-PRTE: Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina Telexperiencia  
M-PRTM: Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina Telemonitoreo  
M-PRE: Modalidad Prestador Remisor-Telemedicina  
M-PRTI: Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina Interactiva  
M-PRTEI: Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina Telexperiencia Interactiva  
M-PRTEMI: Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina Telexperiencia Interactiva y Monitoreo  
COMPL: Complejidad

TR-TABLA DE TRANSICIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:

11-CAMBIA CÓDIGO Y NOMBRE DEL SERVICIO  
12-SE INACTIVA EL CÓDIGO  
13-SE INACTIVA EL CÓDIGO Y DERIVA COMO ACTIVIDADES EN OTRO(S) SERVICIO(S)  
14-SE INACTIVA EL CÓDIGO Y DERIVA COMO ESPECIFICIDAD EN OTRO(S) SERVICIO(S)  
15-SE INACTIVA EL CÓDIGO Y DERIVA COMO MODALIDAD EN OTRO(S) SERVICIO(S)  
16-SE INACTIVA EL CÓDIGO Y DERIVA COMO PROCEDIMIENTO EN OTRO(S) SERVICIO(S)  
17-SE INACTIVA EL CÓDIGO Y DERIVA EN OTRO(S) SERVICIO(S)  
18-SIGUE IGUAL EL SERVICIO  
19-SE INACTIVA SERVICIO VOLUNTARIAMENTE POR EL PRESTADOR  
\*\*\*El prestador no desea continuar prestando el servicio.

PRESTADORES DE REFERENCIA QUE BRINDAN APOYO PARA LOS SERVICIOS CON MODALIDADES EN TELEMEDICINA DE LA SEDE DEL PRESTADOR DONDE SE REALIZA LA ACTUALIZACIÓN DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.

[TABLA\_PSERVICIOS\_PR]

HORARIOS DE LOS SERVICIOS (FORMATO HORA MILITAR) DE LA SEDE DEL PRESTADOR DONDE SE REALIZA LA ACTUALIZACIÓN DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.

GRUPO DEL SERVICIO	COD SER	NOMBRE SERVICIO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
INTERNACIÓN	101	GENERAL ADULTOS	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59
INTERNACIÓN	129	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59
INTERNACIÓN	130	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59
QUIRÚRGICOS	208	CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA	08:00A15:00	08:00A15:00	08:00A15:00	08:00A15:00	08:00A15:00	08:00A12:00	
CONSULTA EXTERNA	301	ANESTESIA	10:00A12:00	10:00A12:00	10:00A12:00	10:00A12:00	10:00A12:00		
CONSULTA EXTERNA	327	MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN							
CONSULTA EXTERNA	328	MEDICINA GENERAL	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59
CONSULTA EXTERNA	332	NEUROLOGÍA							
CONSULTA EXTERNA	335	OFTALMOLOGÍA	07:30A17:30	07:30A17:30	07:30A17:30	07:30A17:30	07:30A17:30	07:30A12:30	
CONSULTA EXTERNA	337	OPTOMETRÍA	07:30A17:30	07:30A17:30	07:30A17:30	07:30A17:30	07:30A17:30	07:30A12:30	
CONSULTA EXTERNA	359	CONSULTA PRIORITARIA	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	706	LABORATORIO CLÍNICO	07:00A16:30	07:00A16:30	07:00A16:30	07:00A16:30	07:00A16:30	07:00A12:00	
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	07:00A16:30	07:00A16:30	07:00A16:30	07:00A16:30	07:00A16:30	07:00A12:00	

ACTUALIZACIÓN PORTAFOLIO DE SERVICIOS-RES.3100 DE 2019.

Página: 4

APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	714	SERVICIO FARMACÉUTICO	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	08:00A17:00	
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	745	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES	07:30A17:30	07:30A17:30	07:30A17:30	07:30A17:30	07:30A17:30	07:30A12:30	
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	747	PATOLOGÍA	07:00A11:00	07:00A11:00	07:00A11:00	07:00A11:00	07:00A11:00		

ESPECIFICIDADES DE LOS SERVICIOS DE LA SEDE DEL PRESTADOR DONDE SE REALIZA LA ACTUALIZACIÓN DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.

No se encontraron registros de especificidades de los servicios.

CAPACIDAD INSTALADA - POR GRUPOS DE CAPACIDAD DE LA \*\*\* SEDE DEL PRESTADOR \*\*\* DONDE SE REALIZA LA ACTUALIZACIÓN DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS - CAPACIDAD INSTALADA ANTES DE APLICAR LA ACTUALIZACIÓN DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS.

GRUPO CAPACIDAD	CONCEPTO	CANTIDAD
CAMAS	PEDIÁTRICA	1
CAMAS	ADULTOS	6
SALAS	QUIRÓFANO	4
SALAS	PROCEDIMIENTOS	1

CAPACIDAD INSTALADA - POR GRUPOS DE CAPACIDAD DE LA \*\*\* SEDE DEL PRESTADOR \*\*\* DONDE SE REALIZA LA ACTUALIZACIÓN DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.

GRUPO CAPACIDAD	CONCEPTO	CANTIDAD
CAMAS	PEDIÁTRICA	1
CAMAS	ADULTOS	6
CONSULTORIOS	CONSULTA EXTERNA	29
SALAS	SALA DE CIRUGÍA	4
SALAS	QUIRÓFANO	0
SALAS	PROCEDIMIENTOS	1

DETALLE AMBULANCIAS DE LA SEDE DEL PRESTADOR DONDE SE REALIZA LA ACTUALIZACIÓN DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.

No se encontraron registros de Capacidad Instalada Ambulancias

DETALLE UNIDADES MÓVILES DE LA SEDE DEL PRESTADOR DONDE SE REALIZA LA ACTUALIZACIÓN DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.

No se encontraron registros de Unidades Móviles

ACTUALIZACIÓN PORTAFOLIO DE SERVICIOS-RES.3100 DE 2019.

Página: 5

Elaborado por el usuario: 110010144301  
Impreso por el usuario: 110010144301  
Versión 2.0.

Los anteriores datos tienen como fuente de información, el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

Fecha de impresión de este documento: miércoles 30 de agosto de 2023 (8:09 a.m.).

\*\*\*FIN DOCUMENTO ACTUALIZACIÓN PORTAFOLIO DE SERVICIOS.\*\*\*

1100101443 - CLINICA BARRAQUER

ACTUALIZACIÓN PORTAFOLIO DE SERVICIOS-RES.3100 DE 2019.

Página: 6





Cámara de Comercio de Bogotá

Sede Virtual

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 1 de febrero de 2024 Hora: 08:33:19  
Recibo No. AA24127923  
Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A24127923FFA79

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificados/electronicos](http://www.ccb.org.co/certificados/electronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

**CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:**

**NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO**

Razón social: OFTALMOS S.A.  
Nit: 860.006.626-8  
Domicilio principal: Bogotá D.C.

**MATRÍCULA**

Matrícula No. 00007001  
Fecha de matrícula: 21 de marzo de 1972  
Último año renovado: 2023  
Fecha de renovación: 8 de marzo de 2023  
Grupo NIIF: Grupo II.

**UBICACIÓN**

Dirección del domicilio principal: Ac 100 18A-51, Pl Con.  
14-15-18-20-22-24-26-48-101-102-10  
3-104-105-106-105-110-111-112-113-  
Sde-Of. Admon, Piso 2, P3 Con.  
300-301-302-302A-303-309-310-311-3  
12-320-321-322-323-324-Sde-Of.  
Admon, P4 Con.  
400-102-404-406-407-408-409-414-Sd  
e-Of. Admon  
Municipio: Bogotá D.C.  
Correo electrónico: contabilidad@barraquer.com.co  
Teléfono comercial 1: 2187077  
Teléfono comercial 2: 6449564  
Teléfono comercial 3: No reportó.

Dirección para notificación judicial: Ac 100 18A 51  
Municipio: Bogotá D.C.  
Correo electrónico de notificación: contabilidad@barraquer.com.co  
Teléfono para notificación 1: 2187077  
Teléfono para notificación 2: 6449564  
Teléfono para notificación 3: No reportó.

Página 1 de 11

Constanza  
del Presidente  
Luis Puentes  
Trejillo





Cámara de Comercio de Bogotá  
Sede Virtual

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 1 de febrero de 2024 Hora: 08:33:19  
Recibo No. AA24127923  
Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A24127923FFA79

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificados/electronicos](http://www.ccb.org.co/certificados/electronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

43

La persona jurídica SI autorizó para recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Procesos y 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

**CONSTITUCIÓN**

Escritura Pública No. 3133, Notaría 7 de Bogotá, el 3 de julio de 1963 aclarada por escritura 3941 del 16 de agosto de 1963, Notaría 7 de Bogotá, inscritas el 11 de julio de 1963, bajo el No. 32009 y el 23 de agosto de 1963 bajo el No. 32150 del libro respectivo, se constituyó la sociedad denominada: "OFTALMOS S.A.".

**ÓRDENES DE AUTORIDAD COMPETENTE**

Por Resolución No. 1282 del 18 de septiembre de 1963, inscrita el 19 de septiembre de 1963, bajo el No. 32232 del libro respectivo, la Superintendencia de Sociedades otorgó permiso definitivo de funcionamiento.

**TÉRMINO DE DURACIÓN**

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es hasta el 3 de julio de 2063.

**OBJETO SOCIAL**

La sociedad tiene por objeto las actividades industriales y comerciales relacionadas con el cuidado de la visión humana. Para el cumplimiento desarrollo de este objeto, la sociedad puede: A) Construir, ampliar, transformar, y mejorar cualesquiera edificaciones que le sean necesarias o útiles para el ejercicio de sus actividades. B) Adquirir, enajenar y gravar bienes muebles e inmuebles, tomarlos y darlos a cualquier título precario, e importar y exportar. C)

Página 2 de 11





Cámara de Comercio de Bogotá  
Sede Virtual

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 1 de febrero de 2024 Hora: 08:33:19  
Recibo No. AA24127923  
Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A24127923FFA79

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificados/electronicos](http://www.ccb.org.co/certificados/electronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Constituir y aceptar cauciones de toda especie. E) Tomar dinero a título de mutuo. F) Girar, hacer girar, adquirir, endosar, aceptar, protestar y avalar toda clase de efectos de comercio. G) Ejercer la representación o agencia de productos instrumentales medicinales o auxiliares de la oftalmología y de la optometría. H) Organizar los sistemas que juzgue convenientes para la prestación de servicios y para la venta de los productos que fabrique represente o agencie. I) Registrar patentes y marcas de fábrica o de comercio que amparen su nombre sus actividades y sus productos. J) Tomar parte en otras sociedades colectivas o no, fusionarse con otra u otras, incorporarlas o incorporar se en ellas. K) Y en general celebrar y ejecutar todos los actos y contratos civiles, comerciales o laborales, que tiendan directa o indirectamente a la realización y al desarrollo de las operaciones descritas en este artículo y al desarrollo de su objeto social.

**CAPITAL**

**\* CAPITAL AUTORIZADO \***

Valor : \$250.000.000,00  
No. de acciones : 2.500.000,00  
Valor nominal : \$100,00

**\* CAPITAL SUSCRITO \***

Valor : \$21.579.300,00  
No. de acciones : 215.793,00  
Valor nominal : \$100,00

**\* CAPITAL PAGADO \***

Valor : \$21.579.300,00  
No. de acciones : 215.793,00  
Valor nominal : \$100,00

**REPRESENTACIÓN LEGAL**

El representante legal es: El Gerente y el Subgerente.



Cámara de Comercio de Bogotá  
Sede Virtual

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 1 de febrero de 2024 Hora: 08:33:19  
Recibo No. AA24127923  
Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A24127923FFA79

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificados/electronicos](http://www.ccb.org.co/certificados/electronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

45

**FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL**

A) Representar a la sociedad como persona jurídica. B) Ejecutar y hacer ejecutar todos los actos necesarios para que la sociedad cumpla sus funciones con sujeción a los estatutos y a las decisiones de la Asamblea y la Junta Directiva. C) Constituir con autorización de la Junta Directiva mandatarios que represente a la sociedad. D) Celebrar y ejecutar por sí solo todos los actos y contratos comprendidos en el objeto social que por su naturaleza o cuantía no requieran autorización previa de la Junta Directiva, y aquellos que requieran autorización general o especial de la Junta. Si para celebrarlos ha recibido la correspondiente autorización previa. E) Presentar anualmente a la Junta Directiva, con quince días de anticipación por lo menos, el balance, las cuentas e inventario, un proyecto de distribución de utilidades y un informe escrito sobre la marcha de las actividades sociales. F) Despedir a los empleados nombrados por la Junta Directiva que falten al cumplimiento de sus deberes y nombrar si hubiese urgencia, empleados interinos que reemplacen a los despedidos o a los que se retiren, debiendo dar cuenta a la Junta en su próxima reunión para que ella decida en definitiva lo que estime conveniente. G) Convocar a la Junta Directiva cuando lo juzgue oportuno y mantenerla detalladamente al corriente de la marcha de los negocios suministrándole cuantas informaciones le pida. H) Ejercer las demás funciones que le asigne la ley los estatutos, la Asamblea o la Junta Directiva.

**NOMBRAMIENTOS**

**REPRESENTANTES LEGALES**

Por Acta No. 599 del 21 de enero de 2021, de Junta Directiva, inscrita en esta Cámara de Comercio el 3 de marzo de 2021 con el No. 02668519 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Gerente	Nestor Dario Bustamante Ramirez	C.C. No. 71584910

Por Acta No. 550 del 19 de abril de 2017, de Junta Directiva, inscrita

Página 4 de 11





Cámara de Comercio de Bogotá  
Sede Virtual

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 1 de febrero de 2024 Hora: 08:33:19  
Recibo No. AA24127923  
Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A24127923FFA79

46

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificados/electronicos](http://www.ccb.org.co/certificados/electronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

en esta Cámara de Comercio el 29 de junio de 2017 con el No. 02238112 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Subgerente	Eugenia Barraquer Sourdis	C.C. No. 39784892

ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN

JUNTA DIRECTIVA

PRINCIPALES CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Renglon	Carmen José Barraquer Coll	C.E. No. 90226
Segundo Renglon	Jose Antonio Miguel Barraquer Uprimny	C.C. No. 80419878
Tercer Renglon	Magda Rocio Lopez Lombana	C.C. No. 51864867
Cuarto Renglon	Orlando Jaramillo Jaramillo	C.C. No. 19244831
Quinto Renglon	Luis Miguel Gomez Sjöberg	C.C. No. 438331

SUPLENTE CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Renglon	Tomas Rodriguez Barraquer	C.C. No. 79982206
Segundo Renglon	Ernesto Jose Otero Leongomez	C.C. No. 79440156
Tercer Renglon	Gladys Cecilia Molina Vasquez	C.C. No. 41457117
Cuarto Renglon	Orlando Enrique Angulo Angulo	C.C. No. 9058217
Quinto Renglon	Eugenia Barraquer Sourdis	C.C. No. 39784892

Por Acta No. 85 del 25 de marzo de 2022, de Asamblea de Accionistas,

Página 5 de 11





Cámara de Comercio de Bogotá  
Sede Virtual

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 1 de febrero de 2024 Hora: 08:33:19  
Recibo No. AA24127923  
Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A24127923FFA79

47

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a  
[www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la  
imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera  
ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

inscrita en esta Cámara de Comercio el 7 de junio de 2022 con el No.  
02846965 del Libro IX, se designó a:

PRINCIPALES  
CARGO

NOMBRE

IDENTIFICACIÓN

Primer Renglon	Carmen José Barraquer Coll	C.E. No. 90226
Segundo Renglon	Jose Antonio Miguel Barraquer Uprimny	C.C. No. 80419878
Tercer Renglon	Magda Rocío Lopez Lombana	C.C. No. 51864867
Cuarto Renglon	Orlando Jaramillo Jaramillo	C.C. No. 19244831
Quinto Renglon	Luis Miguel Gomez Sjöberg	C.C. No. 438331

SUPLENTE  
CARGO

NOMBRE

IDENTIFICACIÓN

Primer Renglon	Tomas Rodríguez Barraquer	C.C. No. 79982206
Segundo Renglon	Ernesto Jose Otero Leongomez	C.C. No. 79440156
Cuarto Renglon	Orlando Enrique Angulo Angulo	C.C. No. 9058217
Quinto Renglon	Eugenia Barraquer Sourdis	C.C. No. 39784892

Por Acta No. 87 del 29 de marzo de 2023, de Asamblea de Accionistas,  
inscrita en esta Cámara de Comercio el 31 de agosto de 2023 con el No.  
03012925 del Libro IX, se designó a:

SUPLENTE

Página 6 de 11





Cámara de Comercio de Bogotá  
Sede Virtual

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 1 de febrero de 2024 Hora: 08:33:19  
Recibo No. AA24127923  
Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A24127923FFA79

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Tercer Renglon	Gladys Cecilia Molina Vasquez	C.C. No. 41457117

REVISORES FISCALES

Por Acta No. 85 del 25 de marzo de 2022, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 7 de junio de 2022 con el No. 02846964 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Persona Juridica	BAKER TILLY COLOMBIA LTDA	N.I.T. No. 800249449 5

Por Documento Privado del 27 de octubre de 2022, de Revisor Fiscal, inscrita en esta Cámara de Comercio el 8 de noviembre de 2022 con el No. 02897135 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Principal	Nydia Jasmin Mora Torres	C.C. No. 1022334637 T.P. No. 165330-T
Revisor Fiscal Suplente	Gustavo Adolfo Lozada Rojas	C.C. No. 1010210263 T.P. No. 271157-T

Por Documento Privado del 29 de junio de 2023 de Revisor Fiscal, inscrita en esta Cámara de Comercio el 12 de Julio de 2023 con el No. 02996331 del Libro IX, se removió del cargo a Gustavo Adolfo Lozada Rojas y se dejó vacante el cargo.

REFORMAS DE ESTATUTOS

ESCRITURAS NO.	FECHA	NOTARIA	INSCRIPCION
505	13-II-1.964	7A. BTA.	20-II-1.964-NO. 32.667
1.800	18-V-1.966	7A. BTA.	13-VII-1.966-NO. 36.116
555	6-X-1.975	17. BTA.	9-X-1.975-NO. 30.514

Página 7 de 11

48





Cámara de Comercio de Bogotá  
Sede Virtual

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 1 de febrero de 2024 Hora: 08:33:19  
Recibo No. AA24127923  
Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A24127923FFA79

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificados/electronicos](http://www.ccb.org.co/certificados/electronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

911	13-V-1.985	25. BTA.	7-VI-1.985-NO.171.318
2.974	30-VII-1.996	25.STAFE BTA	9-VIII-1.996-NO.549.781

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
E. P. No. 0000182 del 17 de enero de 2004 de la Notaría 27 de Bogotá D.C.	00920994 del 19 de febrero de 2004 del Libro IX

**RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN**

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro, quedan en firme dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la Cámara de Comercio de Bogotá, los sábados NO son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los actos administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

**CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU**

Actividad principal Código CIIU:	8610
Actividad secundaria Código CIIU:	4773
Otras actividades Código CIIU:	5221

**ESTABLECIMIENTO(S) DE COMERCIO**

A nombre de la persona jurídica figura(n) matriculado(s) en esta

Página 8 de 11





Cámara de Comercio de Bogotá  
Sede Virtual

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 1 de febrero de 2024 Hora: 08:33:19  
Recibo No. AA24127923  
Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A24127923FFA79

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificados/electronicos](http://www.ccb.org.co/certificados/electronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Cámara de Comercio de Bogotá el(los) siguiente(s) establecimiento(s) de comercio:

Nombre: CLINICA BARRAQUER  
Matrícula No.: 00007002  
Fecha de matrícula: 21 de marzo de 1972  
Último año renovado: 2023  
Categoría: Establecimiento de comercio  
Dirección: Ac 100 18A 51 Pisos 1 A 4 Exceptuando La Sección De La Óptica-Ofi  
Municipio: Bogotá D.C.

Nombre: FARMACIA OFTALMOLOGICA  
Matrícula No.: 00007003  
Fecha de matrícula: 21 de marzo de 1972  
Último año renovado: 2023  
Categoría: Establecimiento de comercio  
Dirección: Ac 100 18A 51 Piso 1  
Municipio: Bogotá D.C.

Nombre: PARQUEADERO CLINICA BARRAQUER  
Matrícula No.: 01361567  
Fecha de matrícula: 31 de marzo de 2004  
Último año renovado: 2023  
Categoría: Establecimiento de comercio  
Dirección: Tv 18 98 37  
Municipio: Bogotá D.C.

SI DESEA OBTENER INFORMACIÓN DETALLA DE LOS ANTERIORES ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO O DE AQUELLOS MATRICULADOS EN UNA JURISDICCIÓN DIFERENTE A LA DEL PROPIETARIO, DEBERÁ SOLICITAR EL CERTIFICADO DE MATRÍCULA MERCANTIL DEL RESPECTIVO ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO.

LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, AGENCIAS Y SUCURSALES, QUE LA PERSONA JURÍDICA TIENE MATRICULADOS EN OTRAS CÁMARAS DE COMERCIO DEL PAÍS, PODRÁ CONSULTARLA EN [WWW.RUES.ORG.CO](http://WWW.RUES.ORG.CO).

TAMAÑO EMPRESARIAL

Página 9 de 11

50



Cámara de Comercio de Bogotá  
Sede Virtual

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 1 de febrero de 2024 Hora: 08:33:19  
Recibo No. AA24127923  
Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A24127923FFA79

51

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificados/electronicos](http://www.ccb.org.co/certificados/electronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es Grande

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria \$ 28.337.729.751

Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el período - CIIU : 8610

**INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA**

Que, los datos del empresario y/o el establecimiento de comercio han sido puestos a disposición de la Policía Nacional a través de la consulta a la base de datos del RUES.

Los siguientes datos sobre RIT y Planeación son informativos: Contribuyente inscrito en el registro RIT de la Dirección de Impuestos, fecha de inscripción : 28 de junio de 2017. Fecha de envío de información a Planeación : 31 de agosto de 2023. \n \n Señor empresario, si su empresa tiene activos inferiores a 30.000 SMLMV y una planta de personal de menos de 200 trabajadores, usted tiene derecho a recibir un descuento en el pago de los parafiscales de 75% en el primer año de constitución de su empresa, de 50% en el segundo año y de 25% en el tercer año. Ley 590 de 2000 y Decreto 525 de 2009. Recuerde ingresar a [www.supersociedades.gov.co](http://www.supersociedades.gov.co) para verificar si su empresa está obligada a remitir estados financieros. Evite sanciones.

El presente certificado no constituye permiso de funcionamiento en ningún caso.

\*\*\*\*\*  
Este certificado refleja la situación jurídica registral de la sociedad, a la fecha y hora de su expedición.

\*\*\*\*\*  
Este certificado fue generado electrónicamente con firma digital y cuenta con plena validez jurídica conforme a la Ley 527 de 1999.

Página 10 de 11





Cámara de Comercio de Bogotá  
Sede Virtual

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 1 de febrero de 2024 Hora: 08:33:19  
Recibo No. AA24127923  
Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A24127923FFA79

52

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a  
[www.ccb.org.co/certificados/electronicos](http://www.ccb.org.co/certificados/electronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la  
imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera  
ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

\*\*\*\*\*  
Firma mecánica de conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la  
autorización impartida por la Superintendencia de Industria y  
Comercio, mediante el oficio del 18 de noviembre de 1996.

  
CONSTANZA PUENTES TRUJILLO



