

QUERATITIS POR *ACANTHAMOEBA*. CASO 560

Varón de 15 años de edad, que acude derivado de otro centro al servicio de urgencias de Oftalmología de nuestro hospital por presentar enrojecimiento, dolor y pérdida de agudeza visual en el ojo izquierdo, de 15 días de evolución.

Previamente, había sido diagnosticado de posible queratitis herpética instaurándose tratamiento con aciclovir, al que no respondió satisfactoriamente.

La exploración inicial reveló la presencia de múltiples infiltrados subepiteliales en periferia, lesión epitelial dendritiforme e hiperemia mixta. El paciente no era portador de lentes de contacto, pero refirió traumatismo con tierra mientras se bañaba en un pantano.

Debido a la clínica y a la falta de respuesta al tratamiento previo, se realizó un raspado corneal que fue remitido al servicio de Microbiología. A las 48 horas se observó crecimiento del posible agente patógeno en el medio de cultivo. Se instauró el tratamiento considerado más adecuado, al que respondió favorablemente.

¿Cuál es el agente etiológico más probable?

La queratitis por *Acanthamoeba* es una infección con una clínica inicial inespecífica, que es fácilmente confundida con queratitis bacteriana, fúngica o herpética. En este caso, tanto el cuadro clínico, la falta de respuesta al tratamiento, los antecedentes de traumatismo ocular en un pantano y el elevado nivel de alerta del servicio de Oftalmología, nos llevaron a sospechar de queratitis amebiana. El crecimiento en el medio de cultivo adecuado mostró la presencia de trofozoítos (figura 1), con su característica vacuola pulsátil, que se transformaron en quistes estrellados de doble pared (figura 1) tras varios días de envejecimiento del cultivo.

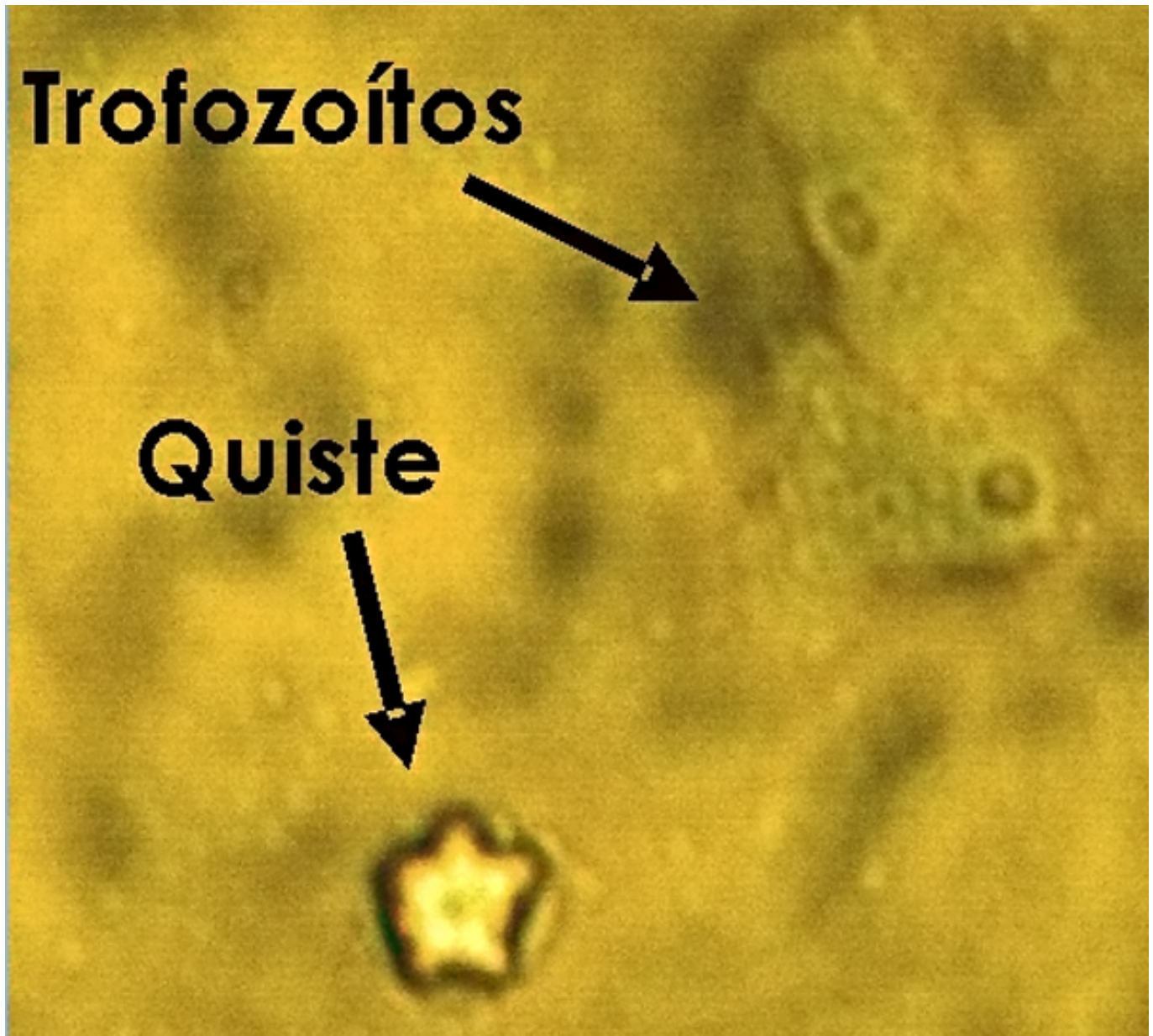


Figura 1.

¿Cuáles son las principales manifestaciones clínicas de este cuadro infeccioso?

La queratitis amebiana es la manifestación clínica más habitual de la infección por el género *Acanthamoeba*. Se caracteriza por ser dolorosa e invalidante. Las lesiones varían en función del periodo evolutivo de la enfermedad.

Inicialmente, se caracteriza por limbitis, queratopatía punteada, infiltrados epiteliales, subepiteliales o perineurales (queratoneuritis radial). El paciente presenta enrojecimiento, lagrimeo, fotofobia y dolor de diversa intensidad, así como visión borrosa. Si no se sospecha el diagnóstico, el tratamiento convencional puede conllevar mayor deterioro, progresando la infección a estadios más avanzados, caracterizados por ulceración, infiltrados anulares y uveítis anterior, con o sin hipopion (presencia de pus en la cámara

anterior del ojo). Lo más característico es la presencia de un infiltrado anular compuesto por células inflamatorias.

¿Qué métodos de diagnóstico pondrías en marcha para la identificación?

La sospecha clínica por parte del oftalmólogo es esencial para el diagnóstico de esta infección.

La muestra idónea para el aislamiento de *Acanthamoeba* es el raspado o biopsia corneal.

Generalmente se cultiva en medio Page, consistente en un cultivo monoxénico inoculado con una cepa de *E. coli*. Sin embargo, dada la dificultad de la preparación de dicho medio, en nuestro hospital se ha diseñado el medio agar-agua (1,5 g de agar en 100 mL de agua del grifo, autoclavados) inoculado con una suspensión turbia de *E. coli*, obteniéndose un mayor rendimiento.

En este caso, la muestra se cultivó en dicho medio, observándose mediante microscopio óptico la presencia de trofozoítos a las 48 horas de incubación a 30°C. A los cinco días pudimos comprobar que los trofozoítos habían comenzado a enquistarse. Las placas deben examinarse diariamente durante al menos una semana para considerar el cultivo como negativo.

Aunque el cultivo es el método de referencia, existen diversas técnicas que permiten la identificación de especies de *Acanthamoeba*, destacando: la identificación molecular mediante PCR, la microscopía confocal, y las tinciones de Giemsa, Gram, hematoxilina-eosina y blanco calcoflúor.

¿Influye la precocidad del diagnóstico en el éxito terapéutico?

Un diagnóstico temprano es esencial para evitar el fracaso clínico.

La queratitis por *Acanthamoeba* es una enfermedad difícil de diagnosticar, debido a que se trata de una infección poco frecuente, a que tiene bajos índices de sospecha y a que las manifestaciones clínicas se confunden a menudo con las de queratitis herpética, fúngica o bacteriana. El conocimiento y la sospecha clínica, junto con la colaboración del microbiólogo, son fundamentales para la detección precoz.

A pesar de que se ha descrito una mayor incidencia en portadores de lentes de contacto, un 10-15% de los casos son diagnosticados en no portadores (como en nuestro paciente), asociándose fundamentalmente a traumatismos, sobre todo en el medio rural.

Una instauración precoz del tratamiento implica un mayor éxito terapéutico fundamentalmente por dos razones:

En los estadios iniciales de la enfermedad encontramos en la mayor parte de las lesiones trofozoítos, que

son mucho más sensibles al tratamiento.

El tratamiento dirigido a los otros tipos de queratitis no es efectivo contra

En el caso clínico presentado el paciente fue diagnosticado en el estadio inicial de la infección, respondiendo así de forma adecuada al tratamiento.

En los casos en que la infección es diagnosticada en estadios avanzados, la respuesta al tratamiento puede ser inadecuada, requiriendo a menudo queratoplastia o incluso enucleación.

¿Cuál es el tratamiento antimicrobiano más adecuado?

En este caso el paciente se trató con hexamidina disetionato al 0,1% (Desomedine) y clorhexidina tópicos e itraconazol 200 mg por vía oral. Los dos primeros fármacos se administraron cada hora, día y noche durante dos días, seguidos de la misma pauta solo durante el día (espaciando el tratamiento hasta la curación). El itraconazol se pautó cada 12 horas durante quince días.

A la semana de iniciar el tratamiento se observó una leve mejoría, siendo a los 2 meses el cultivo de control negativo.

El tratamiento debe prolongarse durante al menos 6-12 meses, siempre en función de la respuesta de cada paciente y del estadio en que se detecte. Los pacientes deben ser controlados después de finalizado el tratamiento para asegurarse de que los quistes han sido erradicados.

Caso descrito y discutido por:

Iris González Pallarés, Marta Martínez Pérez, Ricardo Fernández Roblas e Ignacio Gadea Gironés

Departamento de Microbiología Clínica

Fundación Jiménez Díaz

Madrid

Correo electrónico: RFernandez@fjd.es

Palabras Clave: *Quertitis, Acanthamoeba.*