

# ABSCESO CORNEAL

Autora: Fabio G. Terragni

## CLÍNICA

- Dolor ocular
- Ojo rojo
- Secreción
- Visión borrosa

*Registrar duración de los síntomas, uso de lentes de contacto, antecedente de trauma u otros factores de riesgo, medicación (descartar anestésicos tópicos).*

**BMC: Siempre iconografiar**



**CONDUCTA: A + sospecha de bacteria**

Tto. empírico Moxifloxacina o Gatifloxacina: dosis de carga cada 15 min x 1 hr, luego cada 1 hr. Control cada 24 hs.

*Usuario de lente de contacto y/o antecedente de trauma vegetal. Puede optar por conducta B*

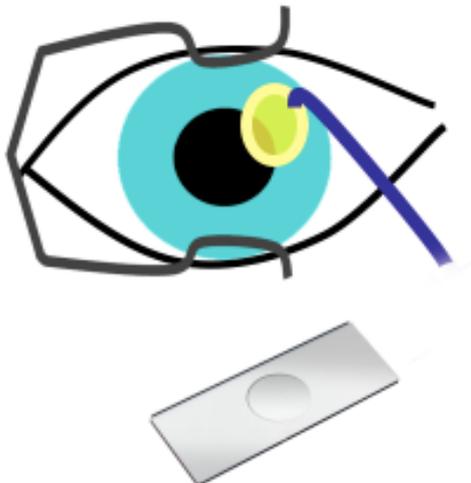
**CONDUCTA: B + sospecha de bacteria**

Toma de muestra de la lesión para PCR, directo, cultivo y antibiograma.

Tto. colirios fortificados: vancomicina + ceftazidima cada 1 hora (agitar bien y mantener refrigerado. Renovar medicación cada 7 días)

Control ambulatorio cada 24 hs.

## TOMA DE MUESTRA



Bajo anestesia tópica y, en lo posible, sin tto atb previo raspado de bordes de la lesión y lecho mas profundo con elemento estéril: bisturí, o aguja 30G.

Sembrado de material sobre portaobjetos para examen directo.

Sembrado de muestra sobre placas de Petri de agar sangre, agar chocolate y Sabouraud para cultivo y antibiograma.



Sembrado de material en tubo estéril con SF(mínimo tiempo abierto bajo medidas de esterilidad) y pedido de PCR.

*Remitir junto con la muestra datos del paciente, tratamientos previos, uso de LC y sospecha diagnóstica. Recordar utilidad de microscopía confocal en sospecha de acanthamoeba.*

### **RECORDAR**

*Ante evolución tórpida no dejar de sospechar absceso micótico (frecuente en trauma vegetal), infestación por acanthamoeba (en especial en usuarios de LC) y/o concomitancia con herpes.*

*Considerar tratamiento sistémico en casos graves, con extensión a esclera o riesgo de perforación (Indicado en gocococco).*

### **SOSPECHA DE QUERATITIS MICÓTICA:**

Ante falta de respuesta a tratamiento antibiótico, trauma vegetal, uso de corticoides tópicos, evolución inicialmente lenta, lesión blanquecina de bordes irregulares o plumosos con infiltrados satélites.

Tto hongo filamentoso: colirio natamicina 5% o voriconazol 1% c/1 hr.

Tto levadura: colirio anfotericina B(0.15-0.30%) c/ 1hr.

### **PREPARACIÓN COLIRIOS FORTIFICADOS**

Materiales

- 1) Ampollas de Vancomicina de 500mg y Ceftazidima de 1g
- 2) Ampollas de solución fisiológica (SF)
- 3) 2 agujas intramusculares (IM)
- 4) Campo estéril y guantes estériles

Vancomicina (25mg/ml)

- 1) Ampolla de 500mg → colocar 10ml de SF → [50mg/ml]
- 2) Tomar 5ml de solución de 50mg/ml → verter en 5 ml de Lagrimas
- 3) Refrigerar. Caduca en 7 días.

Ceftazidima (50mg/ml)

- 1) Ampolla de 1g → colocar 10 ml de agua destilada/SF → [100mg/ml]
- 2) Extraer o tomar 7.5ml de solución de 100mg/ml → verter en 7.5ml de lágrimas
- 3) Refrigerar. Caduca en 7 días.

Anfotericina (5mg/ml)

- 1) Ampolla de 50mg → colocar 5ml de agua destilada → [10mg/ml]
- 2) Extraer la totalidad y verter en 5ml de Lágrimas.

### **RECORDAR**

Ajustar tratamiento según resultados de métodos diagnósticos. Indicar conducta quirúrgica de manera oportuna(queratectomía+ recubrimiento conjuntival, queratoplastia en caliente, etc)

#### BIBLIOGRAFÍA

- Dart JK. Predisposing factors in microbial keratitis: the significance of contact lens wear. Br J Ophthalmol 1988;72:926-30.
- HsuHY, Nacker, SongJC, et al. Community opinions in the management of corneal ulcers and ophthalmic antibiotics: a survey of 4 states. Eye Contact Lens 2010;36:195-200
- Forster RK. Conrad Berens Lecture. The management of infectious keratitis as we approach the 21st century. CLAO J 1998;24:175-80.
- [Prajna NV](#), [Krishnan T](#), [Mascarenhas J](#). The mycotic ulcer treatment trial: a randomized trial comparing natamycin vs voriconazole. [JAMA Ophthalmol](#). 2013 Apr;131(4):422-9.