

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

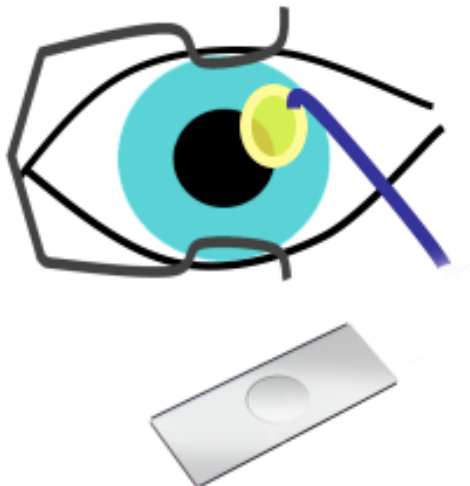
CONDUCTA: B + sospecha de bacteria

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.

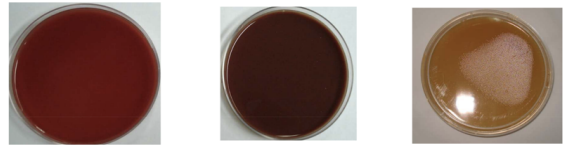
TOMA DE MUESTRA



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.