



Acta Colombiana de Cuidado Intensivo

www.elsevier.es/acci



REPORTE DE CASO

Alteraciones oculares en el paciente crítico



Fabián Muñoz Ramirez^a, Leidy Tamayo^b y Francisco Molina^{c,d,*}

^a Médico Internista, Especialista en Medicina Crítica y Cuidados Intensivos, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia

^b Médica general, Clínica Universitaria Bolivariana, Medellín, Colombia

^c Médico Internista, Especialista en Medicina Crítica y Cuidados Intensivos, Clínica Universitaria Bolivariana, Medellín, Colombia

^d Docente titular, Facultad de Medicina, Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia

Recibido el 15 de agosto de 2014; aceptado el 20 de noviembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Endoftalmitis;
Alteraciones
oculares;
Paciente crítico

Resumen Las alteraciones oculares en el paciente crítico no son infrecuentes, muchas de ellas pasan inadvertidas o se consideran parte de los cambios experimentados por los enfermos que son atendidos en unidades de cuidado intensivo. Afortunadamente la mayoría suele corresponder a entidades benignas, transitorias y autolimitadas pero otras pueden reflejar condiciones sistémicas graves con resultados ominosos si el diagnóstico y tratamiento se retrasan o son inapropiados. Presentamos el caso de un paciente hospitalizado por un evento cardiopulmonar quien desarrolla de manera aguda alteraciones en la superficie ocular evidenciadas durante la evaluación clínica asociadas a pérdida visual en presencia de una bacteriemia por *Pseudomonas Aeruginosa* y que fue manejado bajo impresión diagnóstica de endoftalmitis endógena.

© 2015 Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Ophthalmitis;
Ocular changes;
Critical patient

Ocular changes in the critical patient

Abstract Eye disorders in critically ill patients are not uncommon, many of them are not diagnosed or are considered as conditions usually experienced by patients in the Intensive Care Units. Fortunately most of them are benign, transient and self-limited; but some others might be the expression of serious systemic conditions and may have ominous outcomes if diagnosis and treatment are delayed or inappropriate. We report here a case of a patient who was hospitalized because of a cardiopulmonary event and who acutely developed eye surface injuries associated with visual loss in the context of *Pseudomonas Aeruginosa* bacteremia and that were managed under the presumed diagnosis of endogenous endophthalmitis.

© 2015 Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: francisco.molina@upb.edu.co (F. Molina).

Introducción

Las alteraciones oculares en el paciente crítico no son infrecuentes, de hecho algunas de ellas pasan a ser consideradas parte del espectro de cambios fisiológicos experimentados por este tipo de pacientes durante su proceso de atención en las unidades de cuidado intensivo. Factores propios del huésped y otros relacionados con la atención médica hacen que la etiología y severidad de la patología oftálmica puedan ser extremadamente variables. Debido a que no en todos los centros hospitalarios se cuenta con el acompañamiento de especialistas en oftalmología, este grupo de patologías con frecuencia constituye un reto en el ejercicio clínico de los intensivistas.

Caso clínico

Hombre de 47 años, con antecedentes de poliomielitis (cuadriparesia secular, requiere silla de ruedas para desplazarse), diabetes mellitus, hipertensión y dislipidemia. Remitido de una institución de primer nivel por cuadro agudo de dificultad respiratoria, tos no productiva, dolor torácico y fiebre. Ingresó hipotenso y en falla respiratoria. Se inició cubrimiento antibiótico empírico (ampicilina/sulbactam) bajo sospecha de Neumonía Adquirida en la Comunidad. Adicionalmente con biomarcadores cardíacos positivos y un ecocardiograma que evidencia cardiopatía isquémica con severo compromiso de función ventricular izquierda. Se maneja como Infarto agudo de miocardio sin elevación del ST, con necesidad de soporte inotrópico y vasopresor.

Cerca de un mes después de su ingreso, con el compromiso cardiopulmonar en resolución, presenta cuadro hiperagudo de inyección conjuntival, acompañado de secreción purulenta y en menos de 24 horas desarrolla una opacidad corneana con pérdida visual por el ojo derecho (fig. 1). Se inicia cubrimiento antimicrobiano con vancomicina, ciprofloxacina y voriconazol endovenosos, así como moxifloxacina tópica (colirio oftálmico) previa toma de hemocultivos. Se obtuvo crecimiento de *Pseudomonas aeruginosa* en 2 de 3 cultivos de sangre. Se ajusta manejo de acuerdo a aislamiento y se remite a una institución de cuarto nivel para valoración multidisciplinaria bajo sospecha de Endoftalmitis Endógena. Este diagnóstico es solo presuntivo pues no fue posible practicar una ecografía para documentar opacidad vítrea, ni se realizaron cultivos de humor acuoso y/o vítreo. El paciente fallece pocos días después como consecuencia de complicaciones cardiopulmonares. Los últimos laboratorios con leucocitosis neutrofilica leve, PCR elevada, función renal normal, gasometría arterial con hipoxemia e hipercapnia leves, sin alteración ácido base.

Discusión

Los pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con frecuencia experimentan compromiso de los mecanismos de protección ocular, bien sea por condiciones propias de su patología de base (alteración del nivel de consciencia por ejemplo) o por determinadas intervenciones médicas (uso de sedantes y bloqueantes neuromusculares entre otras) lo cual los hace vulnerables a desarrollar enfermedades de la

superficie ocular^{1,2}. Desde otro punto de vista, la afección ocular puede ser reflejo de patologías sistémicas graves cuyo pronto reconocimiento y tratamiento pueden ser determinantes en los desenlaces clínicos de los pacientes críticamente enfermos. Generalmente la atención de este tipo de pacientes se centra en el soporte de sistemas vitales y en la estabilización de condiciones potencialmente fatales, lo cual sumado a una falta de valoración ocular rutinaria por parte del equipo tratante y la limitación del paciente para expresar sus quejas permite que con frecuencia sean pasadas por alto patologías a este nivel^{1,3,4}.

Aunque el compromiso de la superficie ocular suele ser más prevalente, algunas situaciones involucran de manera dominante el interior del globo ocular. La endoftalmitis es ejemplo de esto, se trata de una infección que compromete estructuras profundas, incluyendo la coroides y el humor vítreo. En términos generales de acuerdo a su origen puede clasificarse como exógena donde el inóculo microbiano (hongos o bacterias) procede del exterior, usualmente luego de trauma, cirugía o progresión de una lesión de la superficie ocular o endógena debida a diseminación hematológica de tales microorganismos. En este último caso el foco infeccioso suele estar distante y bacterias u hongos a través del torrente sanguíneo alcanzan las estructuras oculares profundas, en principio el lecho coroideo altamente vascularizado y de allí se extienden por contigüidad al humor vítreo⁵.

Endoftalmitis endógena micótica

Principalmente ocasionada por *Candida albicans*, siendo considerada actualmente una complicación seria de las infecciones fúngicas invasoras cuya frecuencia ha venido en ascenso en los últimos años especialmente en unidades de cuidado crítico. Puede ser causada también por especies no albicans (*C. tropicalis*, *C. parapsilosis* y *C. glabrata* entre otras)⁵.

El compromiso ocular asociado a candidemia se ha reportado hasta en un 50% de los casos y su presentación ha sido relacionada con aumento de mortalidad y de la estancia hospitalaria⁶. Una serie de factores son considerados de riesgo para el desarrollo de endoftalmitis endógena fúngica, entre ellos se citan: el uso de antibióticos de amplio espectro, inmunosupresión, diabetes mellitus, enfermedad hepática, cáncer, alcoholismo y la presencia de dispositivos intravasculares^{5,7}.

Los pacientes con esta condición pueden referir la percepción de cuerpos flotantes, dolor ocular y pérdida visual, aunque como se ha mencionado en el escenario del paciente crítico, la valoración subjetiva con frecuencia está limitada⁷. Clínicamente se caracteriza por la presencia de coriorretinitis acompañada de compromiso del humor vítreo donde pueden verse infiltrados algodonosos flotantes. Al fondo de ojo es posible encontrar hallazgos inespecíficos como hemorragias retinianas, manchas de Roth, signos de isquemia del nervio óptico entre otros⁵.

Es importante establecer un diagnóstico acertado y oportuno para poder iniciar el tratamiento específico de manera temprana pues su retraso ha sido asociado con necrosis y desprendimiento retiniano e inclusive pérdida visual definitiva. El manejo incluye terapia antifúngica sistémica con fluconazol, voriconazol o anfotericina B. En caso de compromiso vítreo debe acompañarse de administración intravítrea

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3103963>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3103963>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)