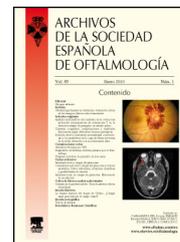


ARCHIVOS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OFTALMOLOGÍA

www.elsevier.es/ofthalmologia



Comunicación corta

Endoftalmitis endógena bilateral por *Candida glabrata* posterior a cirugía bariátrica complicada



O. Pizango^{a,*}, E. Tejeda^a, M. Buendía^b y S. Lujan^a

^a Escuela de Medicina, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Lima, Perú

^b Servicio de Oftalmología, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 30 de abril de 2013

Aceptado el 16 de diciembre de 2013

On-line el 30 de enero de 2014

Palabras clave:

Endoftalmitis infecciosa

Candida glabrata

Vitrectomía

Inyecciones Intravítreas

Cirugía Bariátrica

R E S U M E N

Caso clínico: Mujer de 43 años presenta disminución de agudeza visual en ojo derecho. En la evaluación, se encuentran lesiones retinianas «en bolas de nieve» en ambos ojos. En ausencia de mejoría con tratamiento empírico antifúngico intravítreo, se realiza cultivo de vítreo y se halla *Candida glabrata*. La paciente recibe anfotericina B intravítrea y tratamiento sistémico con caspofungina y anfotericina B complejo lipídico.

Discusión: La endoftalmitis endógena fúngica es una afección ocular grave. Existen escasos artículos de endoftalmitis endógena por *Candida glabrata*. Los regímenes de tratamiento para endoftalmitis por *Candida* incluyen combinaciones de antifúngicos sistémicos o intravítreos, así como vitrectomía.

© 2013 Sociedad Española de Oftalmología. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Bilateral endogenous ophthalmitis due to *Candida glabrata* after complicated bariatric surgery

A B S T R A C T

Case report: A 43 year-old female presented with decreased visual acuity in the right eye. «Snowball-like» retinal lesions were found in both eyes on examination. Due to a lack of improvement with intravitreal antifungal empirical treatment, vitreous culture was performed and *Candida glabrata* was isolated. The patient then received intravitreal amphotericin B, as well as systemic treatment with caspofungin and amphotericin B lipid complex.

Discussion: Endogenous fungal endophthalmitis is a sight-threatening condition. There are few reports of *Candida glabrata* endogenous endophthalmitis. Treatment regimens for *Candida* endophthalmitis include combinations of systemic and/or intravitreal antifungals, as well as vitrectomy.

© 2013 Sociedad Española de Oftalmología. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Infectious endophthalmitis

Candida glabrata

Vitrectomy

Intravitreal Injections

Bariatric Surgery

Introducción

La endoftalmitis endógena fúngica es una afección ocular grave producida por un proceso séptico donde el agente causal

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: orionpizango@gmail.com (O. Pizango).

0365-6691/\$ – see front matter © 2013 Sociedad Española de Oftalmología. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.oftal.2013.12.009>

alcanza el globo ocular por vía hematológica¹. Uno o más factores de riesgo suelen estar implicados en el desarrollo de esta condición². En la etiología de la endoftalmitis fúngica endógena, *Candida albicans* (*C. albicans*) constituye el agente más frecuente¹. Los regímenes de tratamiento incluyen varias combinaciones de antifúngicos sistémicos o inyección intravítrea, así como vitrectomía³.

A pesar de que la endoftalmitis endógena por hongos ha sido descrita, el compromiso ocular bilateral es una condición menos frecuente⁴. Menor aún es la endoftalmitis endógena por *Candida glabrata*⁵⁻⁷ (*C. glabrata*). No existen artículos en la literatura de endoftalmitis endógena bilateral por *C. glabrata*. Tampoco se ha publicado en la literatura este tipo de infección ocular como complicación de una cirugía bariátrica^{2,8}.

Presentamos un caso inusual de una paciente con endoftalmitis endógena fúngica bilateral por *C. glabrata* como complicación de una cirugía bariátrica de manga gástrica.

Caso clínico

Una paciente mujer de 43 años acude a consulta por presentar disminución de agudeza visual de ojo derecho (OD) de un mes de evolución, asociada a fotofobia y dolor ocular. Como antecedentes personales resaltan diabetes mellitus 2 tratada con insulina y una cirugía bariátrica de manga gástrica realizada 7 meses antes de la consulta, la cual se complicó con absceso subfrénico, fístula gastropulmonar y sepsis. *C. albicans* y *C. glabrata* fueron aisladas por hemocultivo, en esa ocasión, y la infección fue tratada con fluconazol sistémico. La paciente fue dada de alta 2 meses antes de la consulta oftalmológica. La exploración oftalmológica mostró una agudeza visual (AV) en OD de cuenta dedos (CD) a 1 m y una AV de 20/30 en ojo izquierdo (OI). La presión intraocular (PIO) fue de 15 mmHg en ambos ojos (AO). En la biomicroscopia, se detectaron células en cámara anterior y sinequias posteriores en OD, sin alteraciones evidentes en OI. En el fondo de ojo, se observan lesiones blanquecinas retinianas y vitritis difusa con múltiples lesiones en «bolas de nieve» en OD. En OI, se observan también infiltrados retinianos blanquecinos redondos en «bolas de nieve», situados temporales a la mácula de OI (figs. 1 y 2).

Se realiza aspirado vítreo de OD para examen directo, donde se observan levaduras y pseudohifas; por este motivo, se indica terapia con inyección intravítrea de voriconazol (100 µg/0,1 ml) en OD. Se continúa tratamiento empírico intravítreo con dos inyecciones más para OD y OI respectivamente, con sospecha de endoftalmitis por *Candida*. Una semana después, en ausencia de mejoría visual, se realiza vitrectomía 23 G de OD y cultivo de vítreo con estudio de sensibilidad antifúngica. Se halla *C. glabrata* resistente a fluconazol, con sensibilidad a anfotericina B y caspofungina, por lo cual se inicia tratamiento con inyección intravítrea de anfotericina B (7,5 µg/0,1 ml) en OD. Cinco días después, se realiza vitrectomía 23 G de OI, con inyección intravítrea de anfotericina B (7,5 µg/0,1 ml). Después de una sesión adicional de inyección de anfotericina B en AO, se evidencia leve mejoría en la biomicroscopia, pero ausencia de mejoría de la AV.

Dos semanas después del inicio de la terapia con anfotericina B intravítrea, se realiza vitrectomía 23 G, pelado de membrana limitante interna, inyección de perfluorocarbono

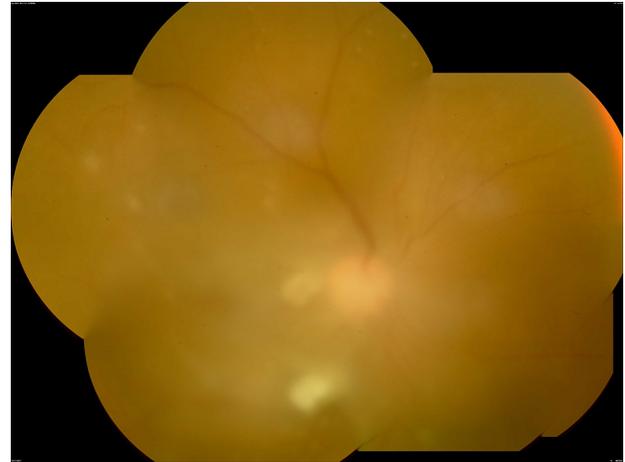


Figura 1 – En el fondo de ojo, se observan lesiones blanquecinas retinianas y vitritis difusa con múltiples lesiones en «bolas de nieve» en OD.

líquido, endoláser e inyección de aceite de silicona en OD. Asimismo, se inicia terapia intravenosa diaria con caspofungina (50 mg/día) y anfotericina B complejo lipídico (5 mg/kg/día), asociada a inyecciones intravítreas de anfotericina B en AO en 2 ocasiones más para OD y OI respectivamente. La combinación de la terapia intravenosa e intravítrea duró 2 semanas, en función de la resolución de las lesiones. En la evaluación posterior, la paciente presentó una AV en OD de CD a 1 m, una AV en OI de 20/25 y lesiones coriorretinales inactivas en AO. Una semana después, la paciente retorna con disminución de la AV en OD. En el fondo de ojo, se halla desprendimiento de retina inferior que se extiende a mácula, con zonas de fibrosis y tracción en OD (figs. 3 y 4). Se le realiza vitrectomía 23 G e inyección de aceite de silicona en OD. La paciente mostró una evolución clínica visual favorable, con una AV en OD de CD a 1 m y una AV en OI de 20/25 que se mantuvo durante los siguientes meses de control.



Figura 2 – Se observan también infiltrados retinianos blanquecinos redondos en «bolas de nieve», situados temporales a la mácula de OI.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4007004>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4007004>

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