

ENDOFTALMITIS HEMATÓGENA BACTERIANA SECUNDARIA A UNA ENDOCARDITIS: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.

Duran Bertran, Joan¹; Rivero Calaf, Ángel¹; Calzado Isbert, Sònia²; Sánchez Fraga, María Ángeles³.

MEF, Servicio de Medicina Interna, Corporación Sanitaria y Universitaria Parc Taulí, Sabadell¹.

Médico Adjunto Especialista, Servicio de Enfermedades Infecciosas, Corporación Sanitaria y Universitaria Parc Taulí, Sabadell².

Médico Adjunto Especialista, Servicio de Urgencias, Corporación Sanitaria y Universitaria Parc Taulí, Sabadell³.

Nom autor: Joan Duran

Lloc de treball: Parc Taulí Sabadell Hospital Universitari

Data recepció: 08.10.2017

Data acceptació: 07.11.2017

mail: jduranb@tauli.cat

Forma de citació: Duran J, Rivero A, Calzado S, Sánchez MA. *Endoftalmitis hematògena bacteriana secundaria a una endocarditis: reporte de un caso clínico*. ReMUE.c@t 2018;5(1):11-14

Título: ENDOFTALMITIS HEMATÓGENA BACTERIANA SECUNDARIA A UNA ENDOCARDITIS: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.

Motivo de consulta: Mujer de 81 años que consulta a urgencias por ojo rojo.

Antecedentes personales:

- No alergias conocidas. No hábitos tóxicos de interés.
- Hábito miccional: Vejiga hiperactiva.
- Hipertensión Arterial y Dislipemia en tratamiento farmacológico.
- Fibrilación Auricular crónica con tendencia a la bradicardia.
- Insuficiencia Mitral severa: Portadora de una prótesis valvular mecánica.
- Hipertensión Pulmonar severa: Con Insuficiencia Tricuspídea moderada secundaria. Ventrículo derecho con contractilidad reducida y con dilatación de vena cava superior y suprahepáticas.
- Insuficiencia Renal Crónica: Por probable nefroangioesclerosis. Cifras de creatinina habitual de 2mg/dL.
- Degeneración Macular Asociada a la Edad: Intervenida hasta 6 veces en ojo derecho con anulación de éste en última instancia.
- Glaucoma de ángulo abierto.
- Hiperuricemia en tratamiento farmacológico.
- Intervenciones Quirúrgicas:
 - FACO + LIO por cataratas bilaterales.

• Histerectomía más doble anexectomía: Sin causa neoplásica.

- Estado basal: Autónoma, viuda des del 2011 con dos hijos fallecidos. Único soporte familiar de un primo y su mujer.

- Tratamiento domiciliario habitual: Ranitidina 300 mg 1c/24h, Enalapril 10mg 1c/12h, Simvastatina 20mg 1c/24h, Furosemida 40 mg 2c/24h, Acenocumarol, Alopurinol 100mg 1c/24h, Lormetazepam 2 mg 1,5c/24h, Metamizol 575 mg 1c/24h, Tolterodina 4mg 1c/24h.

Enfermedad actual: Paciente de 81 años que acude a urgencias por presentar clínica de 1 día de evolución de aparición brusca consistente en ojo rojo izquierdo doloroso que se acompaña de pérdida de visión ipsilateral y prurito. En su estancia en urgencias presenta pico febril de 39°C sin ningún síntoma sugerente de otro foco infeccioso. Niega traumatismos, manipulaciones oculares y cirugías intraoculares los días previos. No refiere otra sintomatología acompañante.

Exploración Física:

- Consciente y orientada, normocoloreada y normohidratada. Consciente y orientada, normocoloreada y normohidratada.
- Constantes: TA 128/52 mmHg Fc 46bpm Tª 39°C, eupneica en reposo con SatO₂ al aire ambiente 93% y Fr 16 rpm.
- Cutánea: No lesiones cutáneas de interés.

- Cardíaca: Rítmica con click protésico en foco mitral. No se auscultan soplos ni roces. Buena perfusión distal.
- Respiratoria: Murmuro vesicular conservado con crepitantes bibasales.
- Abdominal: Blando y depresible. No doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. No se palpan masas ni visceromegalias. Peristaltismo preservado.
- Neurológica: No focalidades ni signos de meningismo.
- Oftalmológica: AV PL dudosa. PIO 18 mmHg (en OI)
 - Lámpara de Hendidura en OI: No edema palpebral sin tampoco signos inflamatorios/infecciosos. Hiperemia conjuntival, Córnea edematosa con neovascularización de predominio periférico, pliegues en membrana de Descemet, fibrina en cámara anterior, Tyndall no valorable, hipopion de 2,5mm. No lesiones captantes de fluoresceína. Seidel negativo.
 - Fondo de ojo izquierdo: No se observa reflejo rojo.

Pruebas complementarias realizadas a urgencias:

- A/S: Leucocitos *3.110/L (N 72.3%, L 11.3%), Hematíes $4.26 \times 10^{12}/L$, Hb 117 g/L, Htc 0.36 L/L, VCM 85.4 fL, HCM 27.5 pg, Plaquetas * $101 \times 10^9/L$, TP 6.12 ratio, INR *6.01, Glucosa 116 mg/dL, Urea 84.5 mg/dL, Creatinina 1.74 mg/dL, Na^+ 137 mEq/L, K^+ 5 mEq/L, AST 30 U/L, ALT 18 U/L, Bilirrubina total 0.6 mg/dL, Bilirrubina conjugada 0.3 mg/dL, CK 27 U/L.
- Sedimento de orina: Leucocitos < 6-8/campo, Hematíes < 6-8/campo.
- Rx tórax: ICT aumentado, no condensaciones parenquimatosas, pinzamiento seno costofrénico izquierdo.
- Se cursan Hemocultivos, los resultados figuran en la evolución.

Diagnóstico diferencial en urgencias: [1], [2]

- Glaucoma de ángulo cerrado.
- Uveítis anterior
- Patología infecciosa: Conjuntivitis, Queratitis, Endoftalmitis.

Evolución clínica y pruebas complementarias realizadas fuera del servicio de urgencias: Dados los datos mencionados anteriormente referentes a la clínica y la exploración física, se

orienta el caso cómo endoftalmitis endógena. Al no presentar antecedentes de manipulaciones previas se realiza despistaje de otro foco primario, dónde las exploraciones complementarias respectivas, no muestran hallazgos significativos. Paralelamente se realizan las primeras inyecciones intravítreas de Vancomicina y Ceftazidima. Se inicia antibioticoterapia sistémica con ciprofloxacino (que se amplía a Ceftazidima y Linezolid) juntamente con colirios reforzados de vancomicina y ceftazidima asociado con otro colirio de prednisolona.

Veinticuatro horas más tarde la paciente ingresa en el servicio de Infecciosas. Una vez allí, los hemocultivos resultan positivos para *Streptococcus gallolyticus*, sensible a penicilina, con lo que se desescala a Ceftriaxona. Se realiza ecocardiograma que no muestra imágenes sugestivas compatibles con endocarditis y se procede por evolución tórpida de la endoftalmitis, a realizar una vitrectomía con toma de muestras para cultivo y nueva inyección intravítrea.

Se obtiene el mismo patógeno. Se establece el diagnóstico de endocarditis por cumplir 1 criterio diagnóstico mayor y 3 menores.

Posteriormente, para valorar el foco abdominal de la bacteriemia productora de la endocarditis, se realiza fibrocolonoscopia que visualiza 2 pólipos en recto-sigma, cuya biopsia corresponde a adenomas túbulo-vellosos con displasia de bajo grado.

Cuatro días post colonoscopia se complica con sangrado digestivo activo en una de las zonas de la polipectomía y síndrome febril que se orienta cómo secundario al sangrado digestivo. Se transfunden 2 concentrados de hematíes, se cambia el antibiótico a Meropenem y se solicita un TC abdominal que descarta colecciones a distancia.

Posteriormente, la paciente se complica, dada la sobrecarga de volumen, con Insuficiencia Cardíaca, Edema Agudo de pulmón, fracaso renal progresivo y anuria. La paciente fallece atendida esta situación.

Diagnóstico final: Endoftalmitis aguda secundaria a Endocarditis aguda.

Discusión: La endoftalmitis es la infección intraocular que afecta las capas internas del ojo asociada a una progresiva inflamación vítrea [3]. Es considerada una emergencia oftálmica, ya que

dejada a su libre evolución lleva a repercusiones devastadoras, cómo es la pérdida de visión irreversible [4].

En la mayoría de casos la causa es exógena, siendo la puerta de entrada más común traumatismos oculares y cirugías recientes. Existe pero, una pequeña proporción, hasta un 2-8% de casos, que el origen es endógeno, debido a una diseminación hematológica [3]. Las fuentes de ésta incluyen multitud de procesos cómo: endocarditis, infecciones urinarias, abscesos abdominales, meningitis, uso de drogas por vía parenteral, uso de dispositivos intravasculares y otros procedimientos médicos, como colonoscopias. Así mismo, hay una amplia variedad de patógenos potenciales, des de agentes bacterianos a fúngicos. Entre los agentes bacterianos, en nuestro ambiente destacan los Grampositivos especialmente del género *Staphylococcus* y *Streptococcus* [5] [6].

Se puede presentar con síntomas de una infección subyacente y bacteriemia o sólo con manifestaciones oculares (pérdida de visión, vitritis, etc.).

El diagnóstico se establece delante unos hallazgos clínicos compatibles junto a hemocultivos y/o cultivos del exudado de humor vítreo positivos.

El tratamiento incluye antibióticos sistémicos e inyecciones intravítreas, dónde se puede añadir una vitrectomía en los casos más severos. La elección y la duración del antibiótico sistémico dependen de la causa subyacente. En éste caso se puede utilizar Ceftriaxona 2g iv c/24h o Vancomicina 15mg/kg c/12h iv durante un mínimo de 4 semanas [7] [8]. También, dado el aislamiento del *Streptococcus gallolyticus* se recomienda realizar un estudio digestivo por su asociación al cáncer colorectal [9] [10].

Bibliografía:

- [1] Liñán L, López C, Gallego JA, Ortega N, Candel J. Ojo rojo: Diagnóstico diferencial desde Atención Primaria. *Medicina de Familia (And)* 2003; 3:191-194 .
- [2] Pelegrín L, Cervera C, Mesquida M. Endoftalmitis endógenas fúngicas y bacterianas. *Sociedad Española de oftalmología* 2012; 117-132
- [3] Sadiq MA, Hassan M, Agarwal A, Sarwar S, Toufeeq S, Suliman MK et al. Endogenous endophthalmitis: diagnosis, management and

prognosis. *J Ophthalmic Inflamm Infect*. 2015 Dec; 5(1):32.

[4] Durand ML. Endophthalmitis. *Clin Microbiol Infect* 2013; 19:227-234

[5] Okada AA, Johnson RP, Liles WC, et al. Endogenous bacterial endophthalmitis. Report of a ten-year retrospective study. *Ophthalmology* 1994; 101:832

[6] Wong JS, Chan TK, Lee HM, Chee SP. Endogenous bacterial endophthalmitis: an east Asian experience and a reappraisal of a severe ocular affliction. *Ophthalmology* 2000; 107:1483.

[7] Romero B, del Campo R, Cantón R. *Streptococcus bovis*, situación taxonómica, relevancia clínica y sensibilidad antimicrobiana. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013; 31(Supl 1):14-19

[8] Habib G, Lancellotti P, Antunes MJ, Grazia M, Casalta JP, del Zotti F et al. Guía ESC 2015 sobre el tratamiento de la endocarditis infecciosa. *Rev Esp Cardiol*. 2016; 69(1):69.e1-e49

[9] Abdulmir AS, Hafidh RR, Abu Bakar F. The association of *Streptococcus bovis/gallolyticus* with colorectal tumors: The nature and the underlying mechanisms of its etiological role. *J Exp Clin Cancer Res* 2011, 30:11

[10] Amado C, Hidalgo MJ, Sedano C, Hebel A, Porte L, Braun S et al. Bacteriemias por *Streptococcus gallolyticus* (ex *S.bovis*) y su relación con patología colónica o hepatobiliar y endocarditis. *Rev Chilena Infectol* 2015; 32 (4): 430-434

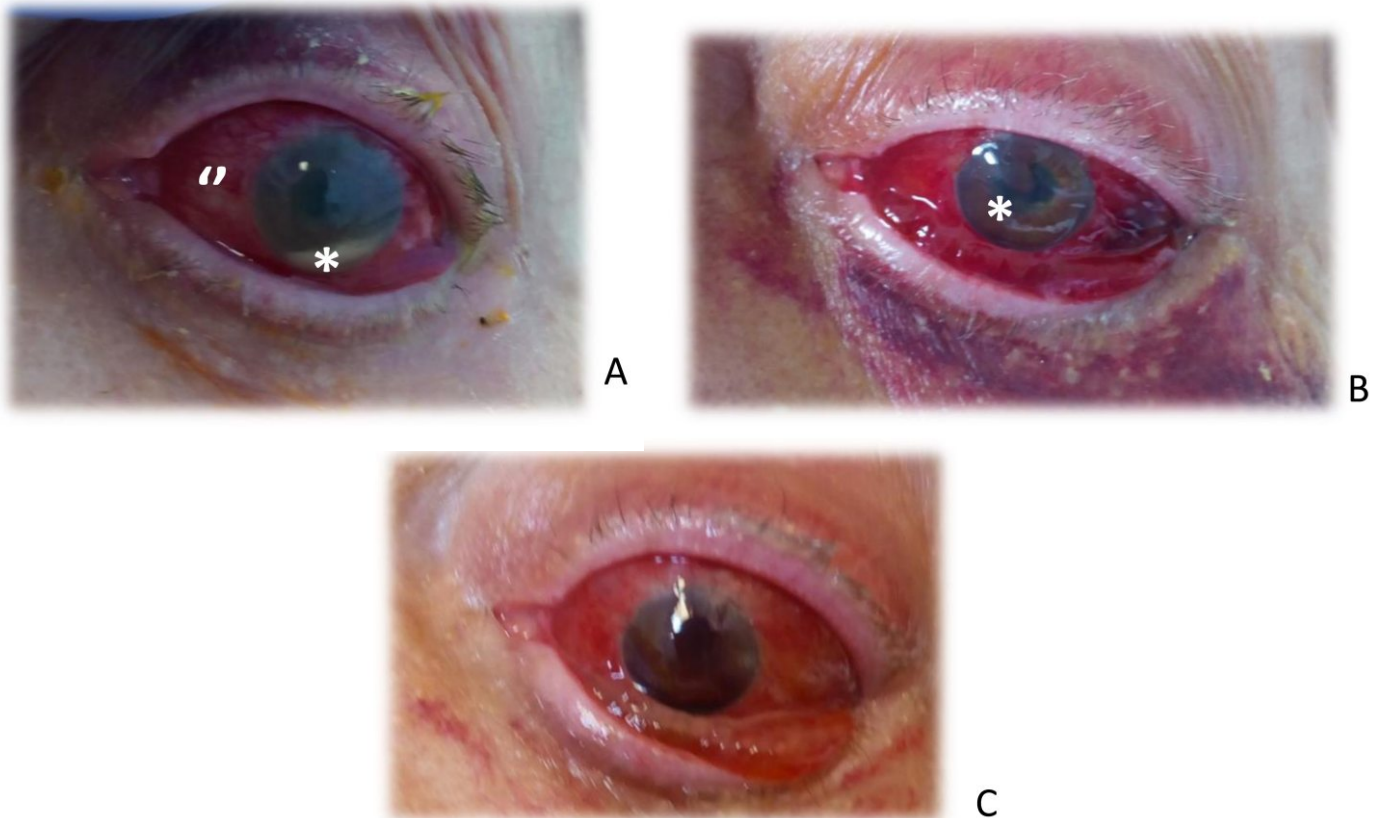


Fig. 1: Evolución clínica de la Endoftalmitis al momento del diagnóstico (A), 7 días después (B) y 14 días después (C). Se observa en A la presencia de hiperemia mixta (") y un hipopion (*). Véase en B, la evolución tórpida cómo por ejemplo la formación de sinequias (*).