



# Caso Clínico

## Resumen clínico:

Se trató de una paciente femenina de 82 años de edad, quien fue vista inicialmente en su clínica institucional de adscripción, refiriendo intervención quirúrgica tres años antes por extracción de catarata con colocación de lente intraocular de cámara anterior y que un año antes de iniciar su padecimiento actual, se le realizó capsulotomía posterior con yag láser.

Su padecimiento actual lo inicia con disminución de la agudeza visual del ojo derecho. A la exploración física oftalmológica se le encuentra con una agudeza visual de ojo derecho de "movimiento de manos" y en el ojo izquierdo de 20/40. Fondo de ojo derecho bajo dilatación con desprendimiento de retina desde el meridiano de las 5 al meridiano de la 1, con gran abolsamiento, incluyendo en su totalidad el área macular, sin poderse determinar sitio ni tipo de la lesión que motivó el desprendimiento. Se le indicó reposo absoluto y se le envía a hospital de 1er nivel (en otra ciudad) para ser intervenida quirúrgicamente.

10 días después la paciente ingresó a hospital de 1er nivel, en donde dentro de los antecedentes de identifica hipertensión arterial sistémica de 10 años de evolución, tratada con captopril una tableta dos veces al día, se reportó también que 20 días antes a su ingreso presentó visión de midesopsias en el ojo derecho, en el que la agudeza visual sólo permitía ver bultos, presentando hemianopsia homonimia interna, se confirma el diagnóstico de desprendimiento de retina, y se programa para retinopexia, misma que se realiza cuatro días después.

Al 2° día de postoperatorio se le encontró a la exploración oftalmológica córnea con estrías en decemet, lente intraocular en cámara anterior sin alteraciones, cámara vítrea con aire, identificación de 360°, retina aplicada.

Al 3° día de postoperatorio, con persistencia de burbuja de aire en cámara vítrea continuando retina aplicada.

23 días posteriores a la cirugía acudió a consulta por presentar dolor moderado en ojo derecho, su agudeza visual se encontró "con movimiento de manos" segmento anterior con conjuntiva hiperémica +, fondo de saco con secreción amarillenta +++, córnea transparente con estrías de decemet, cámara anterior bien formada con lente intraocular sin cambios, presión intraocular digital normal, fondo de ojo con humor vítreo turbio, condensaciones +, y dentación a 360° sin alteraciones, retina bien aplicada, se le indicó prednisona, metil celulosa y tobramicina, refiriéndose a su clínica de adscripción.

25 días después de la cirugía, acudió a consulta por presentar sangrado en ojo derecho de 45 minutos de evolución, encontrándose a la exploración oftalmológica edema de globo ocular con hiperemia y sangrado "rojo rutilante", glucemia de 175mg/dl, ese mismo día el servicio de retina la revisó, encontrando hemorragia subconjuntival a nivel de región supero – nasal abarcando sitio de sutura, se ocluyó el ojo.

A los 37 días del postoperatorio acude por presentar dolor intenso de dos días de evolución, y secreción amarillenta abundante, corroborándose la misma a la exploración oftalmológica, así como dehiscencia de herida a nivel del sector nasal y temporal de aproximadamente de 10 mm, permitiendo ver banda de indentación.

Un día después la paciente es atendida por médico particular, quien comentó que presentaba dolor intenso de ojo derecho con amaurosis, blefaroedema, equimosis y el cerclaje escleral expuesto a nivel del sector superior, cámara anterior con hipopion abarcando del meridiano de las 3 a las 9, lente de cámara anterior en su sitio, globo ocular hipotónico, segmento posterior no valorable por opacidad de medios; sugiriendo el médico tratante ante estos hallazgos tratamiento con evisceración de ojo derecho misma que se realiza un día después refiriendo como hallazgo quirúrgico necrosis importante a nivel de esclera en sector superior. Cuatro días después de esta intervención se reportó con evolución satisfactoria.

### Motivo de queja

Que por desprendimiento de retina fue intervenida quirúrgicamente presentando infección oftálmica severa, que no fue tratada adecuadamente por lo que perdió el ojo.

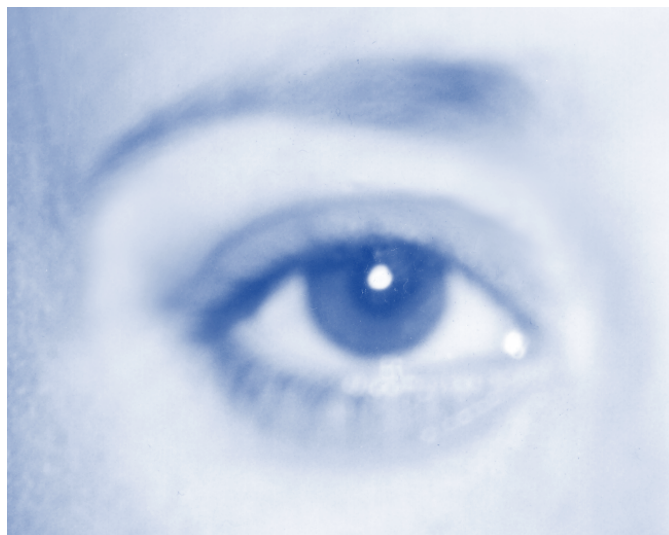
### Pretensiones

Unica.- Que la institución le proporcione una indemnización por la cantidad de \$60,000.00 (sesenta mil pesos 00/100 m.n..) por negligencia médica al prestar los servicios médicos, ya que a causa del mal manejo perdió el ojo derecho.

### Consideraciones clínicas

Se conoce que la endoftalmitis ocurre como una complicación grave o severa después de cualquier cirugía que interese tejido intraocular, o bien lesión por cuerpo extraño en los mismos. Su incidencia en Estados Unidos se reporta en el rango promedio de 0.14%.

Los organismos implicados pueden ser bacterias de tipo aeróbico, anaeróbico y hongos, los mas frecuentes son



staphylococcus aureus, staphylococcus epidermidis, streptococcus spp, psudomonas spp, clostridium, propionibacterium acnes, enterococcus faecalis y proteus.

Clínicamente se puede manifestar en los primeros días o semanas del postoperatorio, e inclusive uno o varios meses después, puede cursar con mejorías irresidivas, lo que correspondería a una forma crónica de la enfermedad.

Por lo general la endoftalmitis secundaria a staphylococcus es de aparición aguda y puede llegar a ser muy agresiva, la secundaria a clostridium suele ser la forma mas fulminante, y la secundaria a propionibacterium acnes tiende a ser la mas representativa de cronicidad ya que durante el curso de la misma puede presentar varias exacerbaciones. Es importante anotar que también la cantidad de inoculo, así como la virulencia de germen podrán determinar la gravedad de la infección, así como el ataque a nivel de la retina neurosensorial (de preferencia a nivel de los fotorreceptores) y a nivel del epitelio pigmentado de la retina.

Las principales manifestaciones clínicas son: dolor, disminución de la agudeza visual, edema palpebral, quemosis, exudado conjuntival, opacidad de cornea, hipopion y vistritis; siendo importante comentar que incluso en ausencia y dolor se deberá de sospechar, ya que cuando se han utilizado antibiótico y/o antiinflamatorios de tipo esteroideo pueden esconder el cuadro y favorecer la cronicidad de la enfermedad.

*Se conoce que la endoftalmitis ocurre como una complicación grave o severa después de cualquier cirugía que interese tejido intraocular, o bien lesión por cuerpo extraño en los mismos. Su incidencia en estados unidos se reporta en el rango promedio de 0.14%.*



Una vez sospechado la endoftalmitis, se debe intentar aislar al germen causal con el fin de dar el tratamiento específico, lo anterior a base de cultivos en diversos medios, tanto de humor acuoso en cámara anterior, como de humor vítreo.

El manejo depende de la virulencia y tipo de germen causal, con antibioticoterapia específica en los casos avanzados se puede requerir aplicación intravítrea, tanto de antibiótico como anti-inflamatorio teniendo cuidado con la toxicidad local; en casos de infecciones por gérmenes con alta virulencia o de etiología fungica, se deberá considerar vitrectomía con aplicación de antibiótico intravítreo y de dexametasona.

La literatura ha reportado buenos resultados con un tratamiento oportuno y adecuado con buena recuperación de agudeza visual, en casos agresivos con pobre respuesta al tratamiento, se puede evolucionar a la pérdida de la función visual e inclusive del mismo contenido del globo ocular que puede requerir de evisceración, también es posible que la atrofia de globo ocular termine en una ptosis bulbi.

Es importante desde el punto de vista preventivo el tratar cualquier infección de anexos oculares o conjuntival antes

de realizar cualquier tipo de cirugía que implique abordaje intraocular, como pueden ser cataratas con lentes intraocular, cirugías filtrantes para glaucoma, vitrectomías y retinopexias; la mayor incidencia de oftalmitis es posterior a cirugía de catarata con colocación de lente intraocular.

### Análisis del caso


Se considera que existen suficientes datos para identificar la presencia de la oftalmitis, mismos que se identificaron los días 25 y 37 del postoperatorio, en el último presentando dolor intenso y secreción amarillenta abundante, observándose dehiscencia de herida que permitía ver la banda colocada en la cirugía de retinopexia.

En el presente caso la paciente no continuó el tratamiento institucional sino que decidió acudir con médico particular quien precipitó la cirugía de evisceración antes de proporcionar un tratamiento adecuado para la oftalmitis, en vez de hospitalizar a la paciente para dar un diagnóstico más preciso y un tratamiento más agresivo ya que antes de realizar un procedimiento tan radical como lo es la evisceración, sin agotar los recursos terapéuticos, evitó la oportunidad de poder lograr recuperación de la agudeza visual, que en la literatura médica se reportan en ocasiones hasta del 20/20 al 20/40.

### Conclusiones

En el presente caso se considera que el manejo médico-quirúrgico del desprendimiento de retina fue adecuado.

Que se presentó una endoftalmitis posterior al acto quirúrgico, complicación descrita como un riesgo de cualquier cirugía intraocular.

La complicación infecciosa se estaba manejando adecuadamente, sin embargo la paciente abandonó el tratamiento institucional, optando por acudir a medio privado, pudiéndose comprobar en el expediente clínico que se le indicó en forma urgente su traslado a una unidad de 3er nivel para continuar su manejo intrahospitalario. 

### Bibliografía

1. Wiz j, o'connell s, bressler neil. Macular surgery quiroz h. Alfaro v. Et al chap. 17 "treatment guidelines for age-related macular degeneration based upon results from the macular photocoagulation study. Lippincott williams & wilkins 2000.
2. Klein r, Klein be, linton ki prevalence of age-related maculopathy. The beaver dam eye study. Ophthalmology 1992; 99:933-943
3. Bressler mn, bressler sb, fine sl. Age-related macular degeneration surv ophthalmol 1988;32:375-413
4. Macular photocoagulation study group. Subfoveal neovascular lesion in age-related macular degeneration: guidelines for evaluation and treatment in the macular photocoagulation study. Arch ophthalmol 1991;109:1243-1257
5. Macular photocoagulation study group. Visual outcome after laser photocoagulation for subfoveal choroidal neovascularization secondary to age-related macular degeneration: the influence of lesion size and initial visual acuity. Arch ophthalmol 1994;112:500-509
6. Olk rj, friberg tr, stickney kl, akduman l et al. Therapeutic benefits of infrared (819 nm) diode laser macular grid photocoagulation in prophylactic treatment of nonexudative age-related macular degeneration, ophthalmology 1999;106:2082-2090