

PROF. BENÍTEZ DEL CASTILLO Catedrático de Oftalmología de la UCM

“La queratitis amebiana puede producirse por cortes, contacto con agua contaminada o mala higiene ocular”

El Prof. José M. Benítez del Castillo es Catedrático de Oftalmología de la Universidad Complutense de Madrid y ejerce su especialidad en el Hospital Clínico San Carlos y la Clínica Rementería. Hablamos con él sobre la queratitis por acanthamoeba, una dolencia que afecta a la córnea con una prevalencia baja pero que puede revestir gravedad.

¿Qué es la Queratitis por Acanthamoeba?

Se trata de una infección corneal, la parte anterior transparente del ojo, poco frecuente pero que puede tener consecuencias desastrosas, como la pérdida de un ojo o la ceguera permanente. Las amebas son organismos microscópicos ubicuos. Pueden aislarse de la tierra y el agua dulce (piscinas, jacuzzis, cenotes e incluso agua potable) y, por ello, son múltiples las oportunidades de entrar en contacto con las personas, pero sólo en una pequeña proporción de los casos producirán daño. Las acanthamoebas son los agentes causantes de meningoencefalitis granulomatosa y de queratitis amebiana. La queratitis amebiana puede producirse por cortes u otros traumatismos oculares, por la exposición a agua contaminada o por mantener una mala higiene ocular. La frecuencia de queratitis amebiana se ha relacionado con el incremento de los portadores de lentes de contacto blandas y de su inadecuada desinfección, así como de las actividades al aire libre. Su incidencia se calcula en un caso por cada 31.000 portadores de lentes de contacto y año, la mayoría (85%) en usuarios de lentes blandas.

¿Se conocen las causas que favorecen esta infección?

La causa principal es el contacto con el microorganismo presente en aguas contaminadas y la existencia de un trauma ocular. El caso más común es un portador de lentes de contacto blanda que no sigue los cuidados con su empleo que debería o que duerme con sus lentillas.

¿Cuáles son los síntomas que presenta?

Entre los síntomas de la queratitis amebiana se incluyen la sensibilidad a la luz (fotofobia), el lagrimeo excesivo, la mala visión, los ojos rojos, el dolor ocular invalidante y de cabeza o la sensación de cuerpo extraño. Si tiene alguno de estos síntomas y si además es usuario de lentes de contacto blandas y

se ha bañado sin quitárselas, acuda a urgencias.

Es importante detectarla a tiempo...

Sí. Existen tratamientos para la queratitis amebiana, pero el diagnóstico precoz es fundamental; es la diferencia entre la curación sin secuelas y la ceguera. Es muy común confundirla con queratitis herpética. A mis residentes les digo que si tienen a un paciente con algo que parece queratitis por herpes que no cede con tratamiento antiherpético adecuado en una semana y el paciente es portador de lentes de contacto blandas, piensen en acanthamoeba. Si el diagnóstico y por tanto el tratamiento se retrasa semanas o meses, las secuelas serán permanentes. Al principio, las amebas se encuentran en el epitelio corneal, pero si la enfermedad progresa se produce la invasión del estroma (capa más profunda de la córnea). Es característica la desproporción entre los síntomas (lo que el paciente siente) y los signos (lo que ve el oftalmólogo), en otras palabras, duele mucho para lo que el médico observa.

¿Se trata de una enfermedad grave?

Sí, lo es si el diagnóstico y manejo es tardío.

¿Afecta a un perfil determinado de paciente?

Aunque el uso de lentes de contacto es el factor predisponente con más frecuencia asociado a la queratitis amebiana, la incidencia de esta enfermedad entre los portadores de lentillas no es alta ya que el epitelio corneal (la capa superficial de la córnea) intacto ofrece una barrera frente a la penetración de las amebas en el estroma y el desarrollo consiguiente de queratitis. En los pacientes con antecedentes de traumatismo (por ejemplo, dormir con lentillas), las amebas pueden acceder al estroma. La incorrecta desinfección de las lentes de contacto hace que aparezcan en las mismas y en los estuches de conservación.

¿Es posible prevenir esta dolencia?

Debemos seguir siempre las ins-



trucciones de empleo correcto e higiene. Si es usuario de lentes de contacto, podrá reducir las probabilidades de sufrir queratitis amebiana si sigue estos consejos: utilice el método recomendado de higiene cuando limpie sus lentes de contacto, cambie el estuche de conservación cada tres meses, utilice siempre solución de limpieza nueva (nunca rellene solución nueva sobre otra antigua), siga las recomendaciones del especialista para el mantenimiento de las lentes de contacto, no intente ahorrar dinero alargando el programa de reemplazo de las lentes o de la solución de limpieza y no duerma ni se bañe con las lentes de contacto. Es más: evite incluso ducharse con ellas puestas para que las impurezas del agua corriente del hogar no acabe en las lentes.

¿Cuál es el tratamiento habitual?

El tratamiento de la queratitis amebiana es, fundamentalmente, médico. No existe hasta el momento un protocolo terapéutico establecido para el tratamiento de la que-

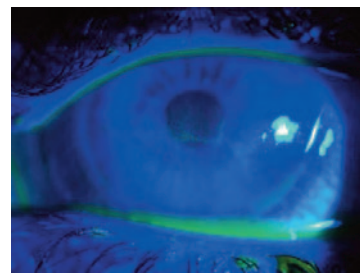
reratitis por acanthamoeba. Se sabe que los antiamebianos más eficaces, hasta la fecha, son las diamidinas y las biguanidas, estas últimas de primera elección. Entre las diamidinas disponibles se encuentran la propamidina al 0,1% y la hexamidina 0,1%. Ambos preparados pueden obtenerse del Reino Unido o Francia respectivamente, mediante solicitud de medicamentos extranjeros. Entre las biguanidas, las más activas son la clorhexidina 0,02% y la polihexanida o polihexametilenbiguanida (PHMB) al 0,02%, que deben prepararse en fórmula magistral. Estos dos últimos fármacos son útiles para la eliminación de trofozoitos y quistes (las dos formas de vida de las acanthamoebas) a la vez que han mostrado escasa toxicidad ocular. El tiempo medio de tratamiento es de 6 meses, aunque en casos de perforación es necesaria la realización de un trasplante corneal.

SIFI está desarrollando el primer tratamiento indicado para esta patología. ¿Qué podemos esperar de este fármaco?

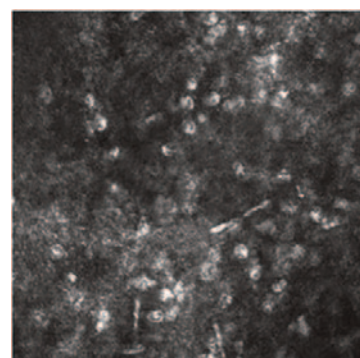
Grandes ventajas. Es polihexanida formulada al 0,08% en monodosis (sin tóxicos conservantes), por lo que la biguanida está más concentrada (la de fórmula magistral es al 0,02%). Los médicos sabemos que el cumplimiento terapéutico es mejor si se emplea un solo colirio que dos. Además, al estar comercializada, no es necesario acudir a medicamentos extranjeros (a veces no disponibles cuando los necesitamos) ni a formulaciones magistrales.

¿Qué consejo daría a quien note algún síntoma que pueda identificarse con esta enfermedad?

A cualquier usuario de lentes de contacto le aconsejaría acudir a su médico oftalmólogo ante cualquier síntoma anormal ya que las lentes de contacto, sobre todo si son mal usadas, pueden causar infecciones corneales por amebas y otros gérmenes.



Biomicroscopía con fluoresceína estadio inicial de queratitis por ameba con pseudodendrita



Microscopía confocal se observan quiste por amebas

