

Cartas al Director

Endoftalmitis endógena

Sr. Director:

Hemos leído con interés la nota clínica "Panoftalmi- tis endógena en un paciente diabético" de los doctores Albareda, Rodríguez, Bolea y Corcoy¹. La baja fre- cuencia de endoftalmías secundarias a sepsis bacteri- nas impide la programación de estudios epidemiológi- cos. En estos casos, nuestra actitud terapéutica debe deducirse de un difuso conjunto de publicaciones de casos aislados del que es difícil extraer conclusiones.

Seguimos las nuevas aportaciones sobre el tema, tanto por nuestra dedicación a la diabetes ocular como por la huella que nos dejó una paciente con endoftal- mía endógena y resultado visual catastrófico. Este caso, que publicamos en 1991, también presentaba afección bilateral secundaria a una sepsis por *Escheri- chia coli* en una diabética con uropatía obstructiva; el cuadro fue extraordinariamente grave y condujo a la enucleación de ambos globos oculares².

Sorprende que, a pesar de la gravedad del proceso, con frecuencia se hace un diagnóstico tardío, ya que muchos pacientes tienen un grado de conciencia bajo o, como en el caso atendido por nosotros, están ingre- sados en unidades de cuidados intensivos y no refie- ren ningún síntoma. Esto obliga a que médicos y en- fermeras, generalmente preocupados por la vida del paciente que puede estar comprometida, también vigi- len el estado de los globos oculares.

Recientemente se ha publicado un interesante artí- culo con la serie más amplia de la que tenemos noti- cia, 32 ojos de 27 pacientes y un amplio análisis re- trospectivo de casos³. Estos autores encuentran que el 46% de los pacientes era diabético, y el 22% de los casos, bilateral; el resultado visual fue la ceguera en la mayoría de los ojos; precisó de enucleación o evisce- ración el 16%. Asimismo, confirma la alta frecuencia de endoftalmías por cocos grampositivos cuando la sepsis es de origen dermatológico-articular, como en el caso de Albareda et al¹.

Los principales pilares del tratamiento de las endof- talmías son la antibioterapia general, la inyección de antibióticos intravítreos y la vitrectomía; cuando su origen es metastásico, el tratamiento por vía general es especialmente importante. En el caso de Albareda et al, dado lo avanzado del cuadro en el momento del ingreso, el resultado podría haber sido la ceguera. Lla- ma la atención que, aunque se trataba de un caso bila- teral, el tratamiento oftálmico fuera tan poco agresivo, sin un cultivo vítreo e inyecciones intravítreas en el momento del ingreso ni vitrectomía, y sólo una toma de cultivo de la cámara anterior al séptimo día de hos- pitalización. Dado que los antibióticos generales em-

pleados tampoco fueron los de elección en estos ca- sos, y lo importante de este aspecto, que ha tenido re- cientes avances de interés para internistas y oftalmólo- gos, nos habría gustado leer algún comentario al respecto en la discusión. Clásicamente se ha conside- rado que la antibioterapia general era ineficaz en las endoftalmías porque la mayoría de los antibióticos no atraviesan la barrera hematorretiniana. Pero en los úl- timos años se ha descubierto que algunos antibióticos empleados por vía general tienen una penetración in- traocular que supera las concentraciones intravítreas mínimas inhibitorias para la mayoría de los microor- ganismos causales. Estos antibióticos son los que de- bemos procurar emplear mientras no dispongamos de antibiograma y, en cuanto lo tengamos, intentar elegir uno con buena penetración intraocular. Aunque esta carta no pretende establecer una guía de tratamiento, entre los principales antibióticos con mejor penetra- ción que se pueden emplear solos o en varias aso- ciaciones se encuentran, en primer lugar, por su baja toxicidad, algunas quinolonas (ciprofloxacino, ofloxa- cino y pefloxacino), y también el imipenem, piperaci- lina, ceftazidima, ceftriaxona y fosfomicina²⁻⁵.

M. CORDIDO CARBALLIDO^a y F. CORDIDO CARBALLIDO^b

^aServicio de Oftalmología. ^bServicio de Endocrinología y Nutrición.

BIBLIOGRAFÍA

1. Albareda M, Rodríguez, Bolea M, Corcoy R. Panoftalmi- tis endógena en un paciente diabético. *Endocrinol Nutr* 2001;49:313-4.
2. Cordido M, Fernández-Vigo J, Cordido F, Díaz Rey A. Bilateral metastatic endophthalmitis in diabetics. *Acta Ophthalmol* 1991; 69:266-7.
3. 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;107:1483-91.
4. Bron A. Le Traitement curatif des endophthalmies aiguës post chirurgicales. *J Fr Ophthalmol* 1999;22:1076-83.
5. Robert PY, Tassy A. Biodisponibilité des antibiotiques. *J Fr Ophthalmol* 2000;23:510-3.

Respuesta del autor

Sr. Director:

En respuesta a la carta al director de los Dres. Cor- dido y Cordido¹ sobre la nota clínica "Panoftalmi- tis endógena en un paciente diabético"², tenemos en pri- mer lugar que aclarar que el caso clínico descrito no era reciente, sino que tuvo lugar en 1984. A pesar de ello, consideramos de interés su descripción para ilus-