DACRIOCISTITIS POR CANDIDA LUSITANIAE DACRYOCYSTITIS CAUSED BY CANDIDA LUSITANIAE

PASTOR-PASCUAL F¹, ESPAÑA-GREGORI E², AVIÑÓ-MARTÍNEZ J³, GALLEGO-PINAZO R¹

RESUMEN

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 60 años con episodios recurrentes de dacriocistitis aguda derecha que no cedían con tratamiento médico ni tras una dacriocistorrinostomía con intubación bicanalicular. Presentó también una dacriocistitis izquierda que requirió una dacriocistorrinostomía. Se tomaron muestras intraoperatorias y en el cultivo apareció Candida Lusitaniae como germen responsable. Tras tratamiento tópico con Anfotericina B, asociado a dacriocistorrinostomía, la clínica desapareció.

Discusión: La dacriocistitis por Candida Lusitaniae es muy rara. Cabría preguntarse si Candida Lusitaniae es el germen primario o la dacriocistitis podría ser por sobreinfección fúngica debido al tratamiento antibiótico de las distintas dacriocistitis agudas sufridas.

Palabras clave: Candida Lusitaniae, dacriocistitis crónica, dacriocistitis fúngica, dacriocistorrinostomía, anfotericina B.

ABSTRACT

Case report: We report the case of a 60-year-old woman with recurrent dacryocystitis of the right lacrimal sac. She did not recover after medical treatment, nor after dacryocystorhinostomy with canalicular intubation. She also had dacryocystitis on the left side. The material that was obtained during surgery was grown in a culture medium and Candida Lusitaniae was identified as the responsible organism. All symptoms disappeared after topical treatment with amphotericin B and dacryocystorhinostomy.

Discussion: Dacryocystitis caused by Candida Lusitaniae is very rare. We should always consider whether Candida Lusitaniae is responsible for the primary infection or is the agent resulting from a superadded infection caused by previous antibiotic therapy (Arch Soc Esp Oftalmol 2007; 82: 365-368).

Key words: Candida Lusitaniae, Chronic Dacryocystitis, Fungal Dacryocystitis, Dacryocystorhinostomy, Amphotericin B.

Recibido: 13/6/06. Aceptado: 24/5/07.

Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario La Fe. Valencia. España.

Correspondencia:
Francisco Pastor Pascual
Hospital Universitario La Fe. Servicio de Oftalmología
Avda. Campanar, 21
46009 Valencia
España
E-mail: oftpaco@yahoo.es

Licenciado en Medicina.

² Doctor en Medicina. Departamento de Óptica. Universidad de Valencia.

³ Doctor en Medicina.

INTRODUCCIÓN

La infección del saco lagrimal suele ser secundaria a una obstrucción del conducto nasolagrimal que impide el drenaje desde el saco lagrimal a la nariz lo que provoca una retención que da lugar secundariamente a una infección. La etiología de esta infección suele ser bacteriana. La etiología micótica de las dacriocistitis crónicas es poco frecuente, a pesar de que los hongos son causa conocida de diferentes infecciones oculares y corneales (1,2). Sin embargo, el papel de los hongos como causantes de las obstrucciones del conducto nasolacrimal no está aclarado (1,2).

Por lo que respecta a la etiología de las dacriocistitis crónicas señalar que los microorganismos responsables más frecuentes son también las bacterias, predominando las gram positivas (3,4) [sobre todo los estafilococos (3)], siendo las gram negativas y los anaerobios menos frecuentes y los hongos muy inusuales. Cabe destacar el hecho de la presencia de más de un microorganismo responsable en las dacriocistitis crónicas (4).

Cándida lusitaniae es un hongo levaduriforme que coloniza las mucosas.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una paciente afecta de dacriocistitis por Candida Lusitanie, hongo levaduriforme que habitualmente coloniza las mucosas. Se tratraba de una mujer de 60 años que acudió a urgencias por presentar dolor e hinchazón en la zona del saco lagrimal derecho. Como antecedentes destacaba estar en tratamiento con dorzolamida más timolol por glaucoma crónico de ángulo abierto.

En la exploración se observó una dacriocistitis aguda derecha, sin supuración que requirió tratamiento con calor local, pomada de cloramfenicol más dexametasona y antibióticos y antiflamatorios por vía sistémica. Con este tratamiento el cuadro agudo cedió, quedándose un dacriocistocele purulento con una secreción mucosa de aspecto marronáceo que requirió drenaje y mechado. Además se comprobó que ambas vías lagrimales eran impermeables y heterorrefluyentes y se tomó un frotis conjuntival siendo el resultado negativo.

Se realizaron curas del dacriocistocele hasta la cicatrización por segunda intención y posteriormente se realizó una dacriocistorrinostomía e intubación bicanalicular en dicho ojo. Dos meses después de la

dacriocistorrinostomía y tras haber llevado un postoperatorio satisfactorio, la paciente acudió a consultas externas por presentar un nuevo episodio de dacriocistitis aguda que cedió con tratamiento sistémico y tópico. Se procedió a retirarle los tubos vía endonasal, apreciándose una costra marronácea impactada en la osteotomía. Se tomaron muestras de esta secreción para cultivo que fue de nuevo negativa. Ante esta situación se realizó una revisión de la dacriocistorrinostomía donde se apreció una secreción marronácea, un saco con material purulento sanguinolento del cual se tomó un frotis (cuyo cultivo fue de nuevo negativo), se extrajo material fibrótico en la osteotomía que se remitió a anatomía patológica. Para concluir la intervención, se amplió la osteotomía realizándose asimismo una intubación bicanalicular.

Dos semanas después, de nuevo volvió a aparecer un líquido mucoso marronáceo por lo que se procedió a retirar la intubación y a realizar lavados diarios de la vía lagrimal con Tobramicina más Dexametasona.

Además debido a la impermeabilidad de la vía lagrimal izquierda se formó un cistocele en dicha vía por lo que se realizó una dacriocistorrinostomía en el lado izquierdo con intubación bicanalicular, tomándose una muestra intraoperatoria para cultivo y antibiograma en la que apareció como germen responsable Candida lusitaniae (figs. 1, 2).

Se inició tratamiento con colirio de Anfotericina B cediendo la sintomatología en ambos ojos y manteniéndose asintomática desde entonces y con la vía lagrimal permeable, al igual que la derecha.

DISCUSIÓN

La flora micótica no es un componente habitual de la vía lagrimal. Los hongos más frecuentemente

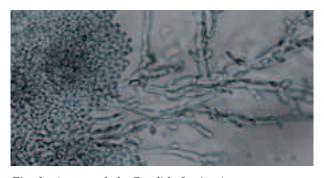


Fig. 1: Aspecto de la Candida Lusitaniae.



Fig. 2: Aspecto de la paciente con el Dacriocistocele derecho.

implicados en la infección de la vía lagrimal son especies de cándidas, aspergillus, pitirosporum orbiculare, actinomices y criptococos (1,5) y es conocida la relación entre especies de cándidas y de pitirosporum y la formación de dacriolitos (5), sin estar aclarado de forma concluyente si son las infecciones micóticas las que predisponen a la formación de dacriolitos o si son éstos los que favorecen el desarrollo de infecciones fúngicas (5).

En concreto, la dacriocistitis por Cándida lusitaniae es muy rara, no encontrando nada publicado en la literatura hasta el momento. Solamente cedió al eliminar el factor anatómico predisponente y pautar el tratamiento antifúngico.

Cabría preguntarse si la Cándida lusitaniae es el germen responsable de la obstrucción desde el inicio o bien se podría tratar de una sobreinfección fúngica debida a la utilización de antibioticoterapia como tratamiento de las dacriocistitis previas de etiología probablemente bacteriana.

Hay que señalar el hecho de que los cultivos que se tomaron y se procesaron para ver la presencia hongos se realizaron ante la persistencia de la infección a pesar del tratamiento. De todas maneras la persistencia de la infección a pesar del tratamiento antibiótico, junto con la existencia de una secreción marronacea y la resolución inmediata de la infección en el ojo izquierdo tras la introducción del tratamiento antifungico, frente a las recidivas obtenidas en el ojo derecho, orienta hacia una etiología fúngica (por candida lusitaniae) de la dacriocistitis.

BIBLIOGRAFÍA

- Toledano Fernández N, García Sáenz S, Arteaga Sánchez A, Dávila Rodríguez C, Ibarburen González-Arenas C, Mestre De Juan MJ. Dacriocistitis micótica asociada a prótesis naso-lagrimal. Caso clínico. Arch Soc Esp Oftalmol 2002; 77: 389-392.
- 2. Purgason PA, Hornblass A, Loeffler M. Atypical presentation of fungal dacryocystitis. A report of two cases. Ophthalmology 1992; 99: 1430-1432.
- 3. Briscoe D, Rubowitz A, Assia EI. Changing bacterial isolates and antibiotic sensitivities of purulent dacryocystitis. Orbit 2005; 24: 95-98.
- 4. Chaudhry IA, Shamsi FA, Al-Rashed W. Bacteriology of chronic dacryocystitis in a tertiary eye care center. Ophthal Plast Reconstr Surg 2005; 21: 207-210.
- Coden DJ. Fungal dacryocystitis. Ophthalmology 1993; 100: 150.