

**ACANTHAMOEBA, IMPACTO CLÍNICO EN QUERATITIS INFECCIOSA****Apestay, Norma C.<sup>1,2</sup>; Miquel, Agustín<sup>1</sup>; Destefanis, María P<sup>1</sup>; Brunzini Ricardo<sup>2</sup>; Costamagna Raul<sup>3,4</sup>**

<sup>1</sup>Hospital Oftalmológico Santa Lucía. San Juan 2021, CABA. <sup>2</sup>Consultorio Oftalmológico Dr. Ricardo Brunzini, Arenales 2709. CABA. <sup>3</sup>Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca Pcia. Bs. As, 1. Centro de Estudios Parasitológicos y de Vectores - CEPAVE-CONICET- UNLP. Boulevard 120 s/n entre av. 60 y calle 64 (1900) La Plata. Buenos Aires. <sup>4</sup>Facultad de Ciencias Veterinarias. Cátedra de Parasitología Comparada. UNLP. Calle 60 y 118 S/N (1900) La Plata. E-mail: norapestey@hotmail.com

Dentro de las patologías de la córnea, la queratitis infecciosa (QI) es causada por un trauma previo. Las AVL (Amebas de vida Libre) tienen un rol patógeno muy importante. Dentro de ellas el género *Acanthamoeba* es el implicado en la QI, produce desde una úlcera corneal subepitelial con buena respuesta al tratamiento tópico, hasta un absceso que compromete toda la superficie y espesor corneal, donde al tratamiento tópico se debe asociar procedimientos quirúrgicos, como trasplante de córnea, no siempre exitosos, llevando a la pérdida de visión. El principal factor de riesgo en QPA (queratitis por *Acanthamoeba*) es el ULC. El uso inadecuado de la lente de contacto (LC) produce en la córnea microabrasiones que constituyen muchas veces, la puerta de entrada para la *Acanthamoeba*, pero también con menos frecuencia, en pacientes no usuarios de lente de contacto, que padecieron traumas por elementos contaminados con tierra húmeda, arena y por deportes acuáticos. Como en nuestro medio se desconoce la real frecuencia de este microorganismo en este trabajo fue determinar la prevalencia QPA en pacientes sintomáticos con QI, en las muestras obtenidas de la lesión corneal. Se estudiaron 519 pacientes con QI (queratitis infecciosa) durante un periodo de 8 años (2008 al 2015) que acudieron a la consulta en el Hospital Santa Lucía y al consultorio Oftalmológico Dr. Brunzini. La toma de muestra se realizó bajo BMO (biomicroscopía), previa utilización de anestesia tópica. La técnica utilizada fue raspado corneal con espátula de kimura del borde de la lesión. Se realizaron dos extendidos para coloración de Gram y de Giemsa y se sembraron en Agar-agar con solución de Page, para *Acanthamoeba* enriquecido con una suspensión densa de *Escherichia coli*; agar sangre para bacterias incubados a 37°C y Sabouraud para hongos incubado a 28°C. De un n total de 519 pacientes con QI; 148 (28,51%) fueron QPA; 195 (37,57%) bacterianas; 38 (7,32%) fúngicas y 138 (26,59%) negativos. De los 148 casos de QPA: 134 (90,54%) fueron solo *Acanthamoeba* spp. y 14 (9,46%) asociados con bacterias y hongos. Es fundamental hacer una búsqueda minuciosa de la presencia de quistes de *Acanthamoeba* spp. en el examen directo, y con las coloraciones. Una marcada reacción inflamatoria puede enmascarar su presencia. El cultivo debe observarse diariamente a partir de las 72 hs, Pueden existir coinfecciones. Conocer el origen del trauma y/o si es usuario de LC. La sospecha clínica de QPA se basa en síntomas y signos (específicos o no), siendo el laboratorio microbiológico el que hará el diagnóstico diferencial y de certeza, para poder instaurar el tratamiento adecuado rápidamente, evitando serias complicaciones posteriores.

**PALABRAS CLAVE:** ameba de vida libre, *Acanthamoeba*, queratitis, córnea, lentes de contacto.