

ACANTHAMOEBA EL GRAN SIMULADOR

Apestey N.C.

Hospital Oftalmológico Santa Lucía

La primera descripción de la queratitis por *Acanthamoeba* (QPA) data de 1974; a partir de aquí y hasta 1984, se mantuvo como una infección poco frecuente, posterior a esta fecha comienza un aumento de la incidencia siendo habitual en usuarios de lente de contacto (LC) y sobre todo relacionado con la falta de cuidado e higiene de las mismas.

En éste mismo año fue descrito el primer caso en un usuario de LC blandas que hacia uso de una bañera con agua caliente sin quitarse las mismas, de la cual se cultivó *Acanthamoeba* spp. Este caso fue el heraldo de un incremento del número registrado de queratitis por *Acanthamoeba* (QPA) y en 1985 queda confirmada su asociación con el porte de LC. El mayor porcentaje de los casos encontrados se han dado en los usuarios de lentes de contacto (ULC), siendo las LC el principal factor de riesgos. Existen otros factores predisponentes como trauma ocular con vegetales, insectos, exposición con tierra ó con aguas contaminadas.

Acanthamoeba

Es una amebas de vida libre (AVL); son ubicuas y están distribuidas por todo el mundo, se encuentran sobre todo en ambientes acuáticos como, aguas dulce, saladas, en ríos, lagos, estanques, piscinas climatizadas, en agua de grifos, aguas residuales, filtros de aires acondicionados, y soluciones de limpieza multiusos de LC, también están presentes en la tierra y polvo atmosférico.

Las vías de infección son agua, aire y polvo atmosférico.

Debido a su habilidad para vivir como organismos de vida libre y como endoparásitos, a las amebas se las conoce también como organismos anfitriónicos. Algunas amebas son patógenas por sí mismas, pero también pueden actuar como reservorios y vectores de bacterias como *Legionella pneumophila*, *Vibrio* spp. y virus patógenos.

Los géneros *Acanthamoeba*, *Naegleria* y *Balamuthia* pueden causar en el humano severos cuadros infecciosos a nivel del sistema nervioso central (SNC), en **ojos** y piel. En el SNC la puerta de entrada puede ser el tracto respiratorio superior y penetrar a través de la placa cribosa siguiendo el trayecto de los nervios olfatorios hasta llegar al cerebro, en donde invade los bulbos olfatorios en primer termino, luego regiones más posteriores del cerebro y causar “Meningoencefalitis Amebiana Primaria”, generalmente de curso fatal ó “Encefalitis Granulomatosa Amebiana Crónica” de evolución más lenta. En la piel puede producir dermatitis y en los ojos producir queratitis infecciosa (QI).

Acanthamoeba puede estar como colonizante en la cavidad orofaringe y vías nasales en adultos sanos sin producir ninguna enfermedad.

Acanthamoeba spp. puede encontrar en la naturaleza y en los tejidos, en forma vegetativa (trofozoíto) y en forma latente (quiste).

Sólo el trofozoíto es infecciosa. La capacidad del trofozoíto de pasar a quiste le confiere, resistencia a la desecación, desinfección y agentes antimicrobianos. Es la forma quística la que le permite persistir ante condiciones adversas y tiempos prolongados.

Trofozoíto: Tamaño es de 15 - 35 micras, posee un citoplasma abundante y un núcleo central, nucleolo prominente y redondo, es móvil a través de acantopodios, metabólicamente activa y se multiplica por fusión binaria. La zona periférica es una estructura de membranas que envuelven al cuerpo del trofozoito; la membrana más interna en contacto con el citoplasma, está formado por 3 capas, 2 proteica y entre ellas una de naturaleza lipídica.

Quiste: es de 15 a 20 micras, esférico ó de contornos irregulares, posee doble pared una externa ó ectoquiste, es lisa posee proteínas y lípidos y otra interna ó endoquiste que puede ser poligonal o globosa, contiene carbohidratos como celulosa. En su interior existen vacuolas alimentarias que le permitirá resistir durante las condiciones adversas

CÓRNEA

Es un tejido altamente diferenciado, con una enorme regularidad y uniformidad en su estructura para permitir la refracción y la transmisión de la luz. La córnea tiene una superficie de 11 a 12 mm de diámetro por 0,5 de espesor en la parte central y 1mm en la periferia. Debe ser lisa, transparente, avascular y posee una rica innervación de nervios sensitivos con la primera rama del trigémino, fundamentalmente por vía de los nervios ciliares largos.

QUERATITIS

Es la inflamación del epitelio corneal. Esta inflamación puede ser superficial o profunda según afecte sólo epitelio corneal (la 1º capa) ó al estroma respectivamente. La patología corneal puede ser infecciosa y no infecciosa

Dentro de la patología infecciosa se incluyen las ocasionadas por bacterias, hongos, **parásitos** y/o virus.

El cuadro clínico de la queratitis por *Acanthamoeba* (QPA) se caracteriza por su variedad de manifestaciones y comunes a otras etiologías. La mayoría de los pacientes refiere fotofobia, fuerte dolor y lagrimeo. Generalmente afecta un solo ojo, pero ocasionalmente se presenta en forma bilateral. El dolor QPA suele ser particularmente severo, siendo desproporcionado para los signos presentes, no obstante su ausencia, que es excepcional, no excluye el diagnóstico.

“El diagnóstico de QPA con frecuencia es tardío, por ser erróneamente diagnosticada como queratitis herpética ó queratitis fúngica.”

Es muy importante conocer del antecedente del paciente, el factor predisponente porque van a orientar hacia la etiología más probable.

El diagnóstico clínico es presuntivo y debe ir siempre acompañado del diagnóstico microbiológico y así lograr el **diagnóstico de certeza** en la primera etapa de la infección es decir ante las primeras manifestaciones clínicas para **instaurar el tratamiento específico y evitar las severas complicaciones, pérdida de la visión y/o integridad del globo ocular.**

El conocimiento de esta patología y su sospecha en pacientes usuarios de LC es fundamental para evitar una evolución desfavorable.