

HOSPITAL UNIVERSITARIO
"GENERAL CALIXTO GARCÍA IÑIGUEZ"
LA HABANA

Canaliculitis crónica por *staphylococcus spp* coagulasa negativa. Presentación de dos casos.

Chronic Canaliculitis by coagulase-negative *staphylococcus spp*. Two cases presentation.

María Julia Pérez Marrero (1), María Cleofé Cepero Borrego (2), Niurka Velásquez Pinillos (3), Marbelis Meneses Pérez (4), Sandra Margarita Lazo Parrado (3).

RESUMEN

La canaliculitis es la inflamación de uno o ambos canalículos debido a diferentes causas, entre ellas la infecciosa, por bacterias es poco frecuente, excepto en la canaliculitis por concreciones donde el *Actinomyces israelii* es el microorganismo más habitualmente aislado. Se presentan dos pacientes con canaliculitis crónica por concreciones en los que se aisló *Staphylococcus spp* coagulasa negativo. Se realizó tratamiento quirúrgico (canaliculotomía) en ambos, así como antibióticoterapia pre, trans y postquirúrgica por vía oral y local, según antibiograma. Se obtuvo una respuesta inmediata satisfactoria y la evolución posterior fue favorable.

Palabras clave: CANALICULITIS, STAPHYLOCOCCUS, CANALICULOTOMÍA.

1. Especialista de 2do Grado en Oftalmología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesor Auxiliar.
2. Especialista de 1er Grado en Microbiología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesor Instructor.
3. Especialista de 1er Grado en Oftalmología. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral.
4. Especialista de 2do Grado en Oftalmología. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesor Auxiliar.

INTRODUCCIÓN

La canaliculitis es la inflamación de uno o ambos canalículos, superior o inferior, a causa de un proceso obstructivo (1), que a su vez puede deberse a traumas, toxicidad por medicamentos (idoxuridina, eserina, fosfoline iodado), desórdenes autoinmunes (Síndrome de Stevens-Johnson, Pénfigo) y por infecciones; dentro de éstas se encuentra gran variedad de bacterias, virus, clamidias y hongos (2-4). Sin embargo, la causa más común de canaliculitis por concreciones es el *Actinomyces israelii* (5-6).

Los pacientes presentan lagrimo persistente e inexplicable, muchas veces acompañado de conjuntivitis folicular alrededor del canto medial. El punto lagrimal obstruido suele estar eritematoso, dilatado, con una sensación áspera a la palpación y con reflujo de material mucopurulento a la compresión del canalículo afectado (2,3). El tratamiento consiste en compresas tibias, antibióticoterapia apropiada y canaliculotomía, proceder quirúrgico realizado para remover las concreciones (5-10).

Se describen dos pacientes con canaliculitis crónica por concreciones, donde se aisló *Staphylococcus spp* coagulasa negativa y no hubo evidencias microbiológicas de la bacteria anaerobia (*Actinomyces israelii*).

REPORTE DEL CASO 1

Paciente HMM, de 64 años de edad, blanca, femenina, que acudió a consulta refiere lagrimo, secreciones amarillas, enrojecimiento e inflamación en la zona interna del ojo derecho, de varios meses de evolución, que luego de tratamiento con colirios antibióticos (Kanamicina y Okacin

indistintamente) obtenía una ligera mejoría, pero posteriormente volvían a intensificarse los síntomas. Al examen físico oftalmológico se constataron: epífora, aumento de volumen, induración, eritema, secreción purulenta y dilatación del punto lagrimal del canalículo inferior derecho. El resto del examen fue normal y la agudeza visual mejor corregida fue de 1.0 en ambos ojos. Se indicó toma de muestra de las secreciones para estudio microbiológico, que fue obtenida del fondo de saco conjuntival se utilizó un hisopo de algodón estéril. Se realizó examen directo mediante la coloración Gram de la secreción tomada de la superficie conjuntival, se observó cocos grampositivos en racimos, se realizó cultivo en Agar sangre de carnero, Agar chocolate y Agar Mc Conkey, se ubicó a 35°C, durante 24 horas, en atmósfera húmeda con 5% de CO₂ se obtuvo crecimiento de *Staphylococcus* spp coagulasa negativa, sensible a: cloramfenicol, eritromicina, gentamicina y cefazolina.

Se decidió llevar al salón de operaciones con el diagnóstico de Canaliculitis crónica y se realizó canaliculotomía inferior derecha y se cureteó se obtuvo el dacriolito íntegro de color violáceo. Se efectuó lavado de la vía excretora con colirio antibiótico y se dejó ungüento oftálmico luego de suturar, se usó el cloramfenicol.

Además del antibiótico transquirúrgico se usó durante el post-operatorio Ciprofloxacino (250 mg) oral 500 mg cada 12 horas. La respuesta al tratamiento fue muy favorable.

Se envió la muestra a microbiología, que confirmó la presencia de *Staphylococcus* spp coagulasa negativa con igual sensibilidad. El estudio anatopatológico informó: muestra constituida por elementos necróticos, hemorragia e infiltrado inflamatorio agudo.

REPORTE DEL CASO 2

Paciente LVL, de 54 años de edad, mestizo, masculino, que acudió a consulta especializada de oculoplastia, enviado desde su área de salud, refiere lagrimeo, secreciones amarillas, enrojecimiento e inflamación en la zona interna del ojo derecho, de varios meses de evolución, que luego de tratamiento con diversos colirios antibióticos, que no recuerda, y al no obtener mejoría le orientan su remisión con el diagnóstico de "canaliculitis". Al examen físico oftalmológico se constataron: epífora, aumento de volumen, induración, eritema, secreción purulenta y dilatación del punto lagrimal inferior derecho (Figura No.1). El resto del examen fue normal y la agudeza visual mejor corregida fue de 1.0 en ambos ojos. Se indicó toma de muestra de las secreciones para estudio microbiológico, que fue obtenida del fondo de saco conjuntival, se utilizó un hisopo de algodón estéril, se realizó examen directo mediante la coloración Gram de la secreción de la superficie conjuntival, donde se observaron cocos grampositivos en racimos, se realizó cultivo en Agar sangre de carnero, Agar chocolate y Agar Mc Conkey, se incubó a 35°C, durante 24 horas, en atmósfera húmeda con 5% de CO₂ se obtuvo crecimiento de *Staphylococcus* spp coagulasa negativa, sensible a: cloramfenicol, eritromicina, y cefazolina. Se decidió llevar al salón de operaciones con el diagnóstico de canaliculitis crónica y se realizó canaliculotomía inferior derecha y se cureteó con la obtención del dacriolito fragmentado, de color amarillo (Figura No.2). Se efectuó lavado de la vía excretora con colirio antibiótico y se dejó ungüento oftálmico (cloramfenicol en ambos pasos) luego de suturar (Figura No. 3). Se envió la muestra para estudio microbiológico donde se confirmó la presencia de *Staphylococcus* spp coagulasa negativa (con igual sensibilidad) y para estudio anatopatológico que informó muestra constituida por elementos necróticos e infiltrado inflamatorio agudo. Además del antibiótico transquirúrgico se usó durante el post-operatorio Ciprofloxacino (250 mg) oral 500 mg cada 12 horas. La respuesta al tratamiento fue muy favorable.

DISCUSIÓN

Una de las principales bacterias aisladas en pacientes con canaliculitis según la literatura revisada es el *Actinomices israelii*; además, existen diversos reportes de canaliculitis con aislamiento de *Mycobacterium chelonae*, *Klebsiella oxytoca*, *Haemophilus aphrophilus*, así como menos frecuentemente reportada la canaliculitis de etiología micótica (11-19).

Los casos de canaliculitis estudiados en el Hospital "Calixto García" resultaron positivos para *Staphylococcus* spp coagulasa negativa, donde mediante el tratamiento médico (antibióticoterapia, según resultado de la muestra microbiológica) y quirúrgico se logró la

resolución total del cuadro, en la investigación realizada por Hollingworth, Kumar y Sandramouli en Holanda se reportaron 66,6% de aislamiento de *Staphylococcus* spp (20).

ABSTRACT

Canaliculitis is the inflammation of one or both canaliculi due to different causes, among them the infectious one, is unusual by bacteria, except in canaliculitis by concretions where *Actinomyces israelii* is the more isolated microorganism. Two patients with chronic canaliculitis by concretions appear in which coagulase-negative *Staphylococcus* spp negative was isolated. Surgical treatment was carried out (canalicolotomy) in both, as well as antibiotic prophylaxis pre, trans and by oral and local route, according to antibiogram. A satisfactory immediate answer was obtained and the later evolution was favorable.

Key words: CANALICULITIS, STAPHYLOCOCCUS, CANALICULOTOMY.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Doane MG. Blinking and the mechanics of the lacrimal drainage system. *Ophthalmology*. 1981; 88: 844.
2. Basic and clinical science course. San Francisco: American Academy of Ophthalmology, ©2011.
3. Seal DV, Barret SP, Mogill JI. Etiology and treatment of acute bacterial infection of the external eye. *Br J Ophthalmol*. 1992; 66(6):357-60.
4. Hartikainen J, Lehtonen OP, Saari KM. Bacteriology of lacrimal duct obstruction in adults. *Ophthalmology*. 1997; 81(1):37-40.
5. Baratz KH, Bartley GB, Campbell RJ. An eyelash nidus for dacryoliths of the lacrimal excretory and secretory systems. *Am J Ophthalmol*. 1991; 111: 624-627.
6. Hawes MJ. The dacryolithiasis syndrome. *Ophthal Plast Reconstr Surg*. 1988; 4: 87-90.
7. Kucher A, Lukas J. Bacteriology and antibiotic therapy in congenital nasolacrimal duct obstruction. *Acta Ophthalmol Scand*. 2000; 78(6):694-8.
8. Kersten RC, Kulwin DR. "One-Stich" canalicular repair. A simplified approach for repair of canalicular laceration. *Ophthalmology*. 1996; 103: 785-789.
9. Wulc AE, Arterberry JR. The pathogenesis of canalicular laceration. *Ophthalmology*. 1991; 98: 1243-1249.
10. Tucker NA, Codere F. The effect of fluorescein volume on lacrimal out flow transit time. *Ophthal Plast Reconstr Surg*. 1994; 10: 256-259.
11. Liyanage SE, Wearne M. Lacrimal canaliculitis as a cause of recurrent conjunctivitis. *Optometry*. 2009; 80(9): 479-80.
12. Carneiro RC, Macedo EM, Oliveira PP. Canaliculite: relato de caso e conduta. *Arq Bras Oftalmol*. 2008; 71(1): 107-9.
13. Moscato EE, Sires BS. Atypical canaliculitis. *Ophthal Plast Reconstr Surg*. 2008; 24(1): 54-5.
14. Goel R, Malik KP, Gaind R. Bilateral actinomycotic blepharokeratoconjunctivitis. *Orbit*. 2007; 26(1): 53-5.
15. Joganathan V, Mehta P, Murray A, Durrani OM. Complications of intracanalicular plugs: a case series. *Orbit*. 2010; 29(5): 271-3.
16. Huang ST, Lee HC, Lee NY, Liu KH, Ko WC. Clinical characteristics of invasive *Haemophilus aphrophilus* infections. *J Microbiol Immunol Infect*. 2005; 38(4): 271-6.
17. Varma D, Chang B, Musaad S. A case series on chronic canaliculitis. *Orbit*. 2005; 24(1): 11-4.
18. Rózycki R, Rekas M, Wisniewski P, Murawska M, Pietrzykowski J. Mycotic lacrimal canaliculitis-cases report. *Klin Oczna*. 2004; 106(3): 338-42.
19. Takemura M, Yokoi N, Nakamura Y, Komuro A, Sugita J, Kinoshita S. Canaliculitis caused by *actinomyces* in a case of dry eye with punctal plug occlusion. *Nippon Ganka Gakkai Zasshi*. 2002; 106(7): 416-9.
20. Hollingworth K, Kumar V, Sandramouli S. Canaliculitis: the incidence of long-term epiphora following canalicolotomy. *Orbit*. 2004; 23(1): 19-26.

ANEXOS



Figura No.1. Se muestra el aumento de volumen en canalículo inferior derecho, secreción mucopurulenta e inyección conjuntival en el ángulo interno.



Figura No.2. Fragmentos del dacriolito.

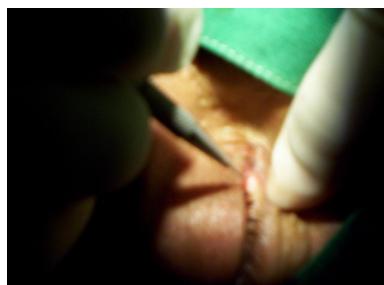


Figura No.3. Dilatación del punto lagrimal para colocar sonda de Bowman y proceder a la sutura del canalículo con la seguridad de no estenosar la vía excretora.