

# Virtual Round Table

Infezioni della superficie oculare e recidive  
Superare l'**antibiotico-resistenza**



## ULCERA CORNEALE POLIMICROBICA

**Paolo Lauretti**

*Clinica San Marco, Latina*

### PAZIENTE

<b>Età Paziente</b>	54
<b>Sesso</b>	Maschio

### ANAMNESI

■ **Novembre 2018**

Episodi frequenti di arrossamento e secrezione OO trattati con Iodopovidone topico ed Ofloxacin con parziale beneficio

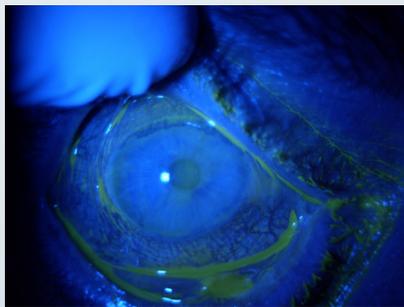
■ **Dicembre 2018**

Riacutizzazione della sintomatologia con accesso al P.S. e diagnosi di congiuntivite acuta OO, confermata precedente terapia

■ **Gennaio 2019**

Giunge alla nostra attenzione con diagnosi di esiti di cherato-congiuntivite virale OO, in terapia solo con lacrime artificiali

### FOTO BASALE



### ESAME OBIETTIVO

■ **10/01/2019**

Vn OD 4/10 non migliorabile, Vn OS 10/10; OO simblefaron superiore ed inferiore con accorciamento del fornice inferiore, in OD epiteliopatia puntata superficiale diffusa

■ **29/01/2019**

Ulcera corneale paracentrale con bordi rilevati e reazione stromale

# Virtual Round Table

Infezioni della superficie oculare e recidive  
Superare l'**antibiotico-resistenza**



## ESAMI STRUMENTALI E/O MICROBIOLOGICI

■ **11/01/2019**

Biopsia congiuntivale per sospetto pemfigoide oculare cicatriziale, poi risultata positiva per la presenza di depositi a livello della MBZ all'immunofluorescenza diretta

■ **29/01/2019**

Tampone corneale sul bordo avanzante dell'ulcera per esame colturale germi comuni e miceti. Estesiometria corneale comparativa con filo di cotone che evidenziava ipoestesia corneale Odx.

Ipotesi diagnostiche: ulcera trofica? Ulcera infettiva? Dry eye in OCP?

## TERAPIA

■ **10/01/2019**

Desametasone (0,15%) topico x3, lacrime artificiali

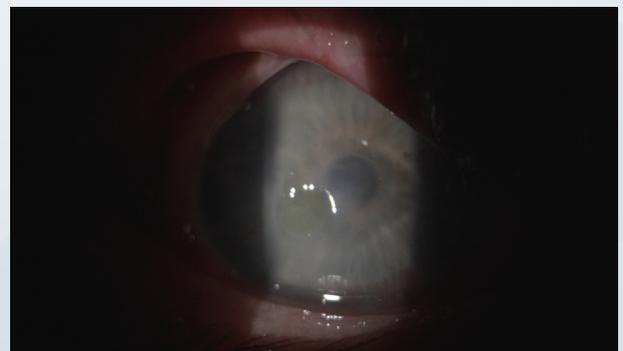
■ **29/01/2019**

Desametasone (0,15%) topico x1, levofloxacin con iniziale dose di carico, poi una goccia ogni ora, trealosio

## PRIMO FOLLOW UP A 7 GIORNI

■ **07/02/2019**

Aggiunto cloramfenicolo topico 6 volte al dì



## CONSIDERAZIONI PRIMO FOLLOW UP

■ Dopo i controlli, a 24h e 72h, il paziente viene rivalutato a 7gg, con lieve riduzione della profondità dell'ulcera, ma dimensioni invariate

■ A questo punto si valutano le seguenti possibilità: che possa trattarsi di forma infettiva con microrganismo non sensibile all'antibiotico in atto oppure di forma polimicrobica, di forma trofica, o che la scarsa risposta sia favorita dalla riduzione dello steroide e conseguente aumento dell'infiammazione

■ Tuttavia in data 07/02/2019 il risultato dell'esame colturale evidenziava la presenza di S. Aureus e Moraxella, quest'ultima sensibile alla levofloxacin, mentre lo S. Aureus risultava sensibile a gentamicina e cefazolina, cloramfenicolo, vancomicina. Si optava pertanto per la somministrazione di cloramfenicolo topico perché rispetto all'alternativa degli antibiotici rinforzati è disponibile in commercio, è "monodose" e meno tossico per la superficie oculare

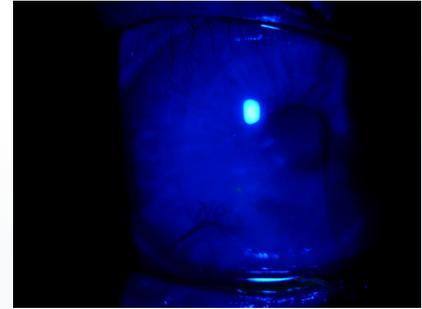
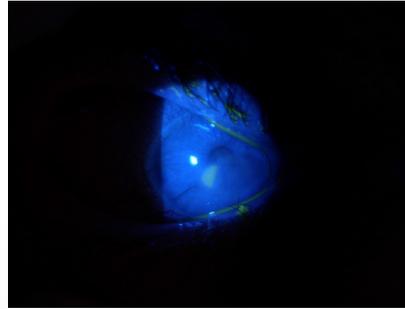
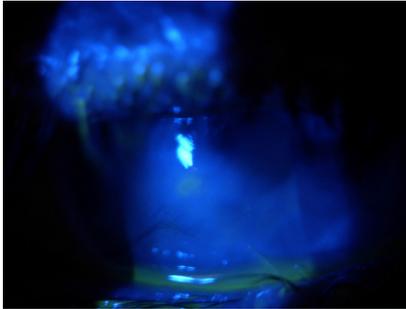
# Virtual Round Table

Infezioni della superficie oculare e recidive  
Superare l'**antibiotico-resistenza**



## SECONDO FOLLOW UP A 27 GIORNI

Confermata la terapia in atto fino a chiusura dell'ulcera



## CONSIDERAZIONI SECONDO FOLLOW UP

Il paziente viene rivisto in data 08/02/2019 e poi ogni 4-5 giorni fino al 29/02/2019, dove si evidenziava una progressiva e costante riduzione dell'ulcera fino a chiusura completa al controllo finale

## CONCLUSIONI

Dopo l'aggiunta del cloramfenicolo topico si assiste alla risoluzione del quadro clinico con chiusura dell'ulcera

## CONSIDERAZIONI FINALI

In pazienti con patologie preesistenti della superficie oculare che si presentano con ulcera corneale andrebbe sempre:

- considerata la possibilità di una eziologia infettiva polimicrobica
- eseguito un prelievo per esame colturale
- in caso di ritardata o mancata chiusura, considerata terapia inadeguata ma anche altre possibili cause o eziologia mista