

# Virtual Round Table

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



## LA CHERATOCONGIUNTIVITE ERPETICA Gestione clinica-terapeutica delle recidive su cornea assottigliata per pregresse ulcere

**Patrizia Scaroni**

*Casa di Cura san Camillo di Cremona*

### PAZIENTE

<b>Età Paziente</b>	63
<b>Sesso</b>	Maschio

### ANAMNESI

20 anni fa ulcera corneale in cherato-uveite erpetica, trattata con terapia topica e sistemica (antibiotica ed antivirale), non migliorando la riepitelizzazione il paziente veniva sottoposto a cicli di terapia con autosiero. Questo ha portato a una completa chiusura dell'ulcera e riepitelizzazione; 6/10 BCVA. Da allora il paziente ha abusato, in automedicazione, di associazione tobramicina-desametasone che utilizzava al bisogno senza indicazione dell'oculista curante. In gennaio 2021 viene visitato da un Collega per brusco calo del visus in os.

### ESAME OBIETTIVO

VISUS OS conta dita a 30 cm.  
EBMOS:ulcera corneale paracentrale inferiore, edema stromale, nevasi aggettanti in cornea chiara ad ore V. Secrezione sierosa al fornice congiuntivale.  
TOS: dn  
Purtroppo non veniva eseguito in tampone. Poi arriva in visita dopo 7 gg in Casa di Cura



### ESAMI

Nell'ambulatorio esterno non è stato effettuato tampone né esame strumentale, ma solo una fotografia. Il paziente è stato inviato in Casa di Cura.

### TERAPIA

- Aciclovir 800 mg x3
- Virgan gel x3/die
- Visumidriatic 1% x 3/die
- Ofloxacina 0,3% unguento 4 volte al giorno
- Soluzione a base di sodio ialuronato 0,2% al bisogno

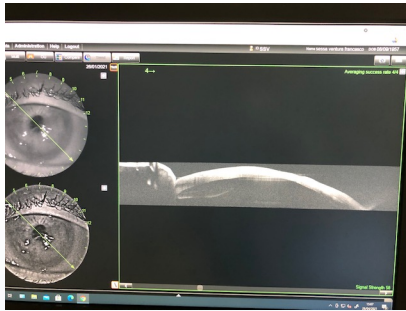
# Virtual Round Table

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



## PRIMO FOLLOW UP A 7 GIORNI

- Aciclovir 800 mg x3
- Betametasone e Cloramfenicolo (0,2%+0,5%) collirio 1 gtt per 4 volte al giorno
- Tropicamide 1% 3 volte al giorno



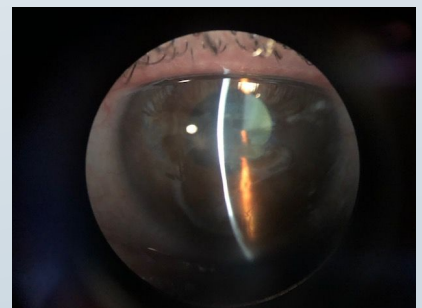
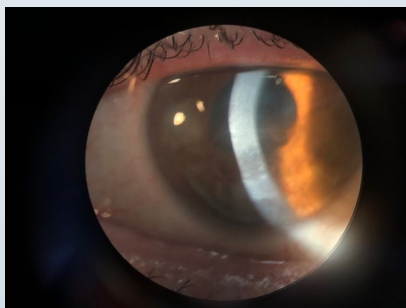
## CONSIDERAZIONI PRIMO FOLLOW UP

Il paziente mostrava, la presenza di marcata iperemia pericheratica a 360°, ulcera corneale para-centrale inferiore con ispessimento del margine dell'ulcera come da folding dell'epitelio, completa perdita di trasparenza corneale; non si apprezzava una franca componente batterica ma non si poteva escludere.

Vista la forte infiammazione e il danno meccanico abbiamo deciso di mettere una LAC per poter modificare la terapia ed aggiungere il cortisonico.

## SECONDO FOLLOW UP A 9 GIORNI

- Aciclovir 800 mg per 5 volte al giorno
- Betametasone + Cloramfenicolo collirio 4 volte al giorno
- LAC terapeutica



## CONSIDERAZIONI SECONDO FOLLOW UP

La copertura con LAC è stata fondamentale per la riduzione dell'insulto meccanico che limitava la riepitelizzazione. Il cortisonico topico ha nettamente ridotto l'infiammazione locale. Abbiamo notato un aumento della trasparenza corneale.



# Virtual Round Table

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



## CONCLUSIONI

Il paziente viene tutt'ora seguito ed è in continuo miglioramento. A distanza di 3 mesi ha ancora in uso la LAC terapeutica.

La terapia è:

- Aciclovir 400 mg 2 volte al giorno  
(scaleremo presto ad 1 volta al giorno che terremo in mantenimento )
- Desametasone 0,15% collirio 2 volte al giorno
- LAC terapeutica
- 6/10 BCVA

## CONSIDERAZIONI FINALI

- Attenzione alle forme miste in cui sono presenti sia componente virale che batterica, la storia del paziente può essere dirimente
  - L'imaging del segmento anteriore consente di lavorare in sicurezza nella gestione della patologia corneale infettiva
  - In presenza di difetto di riepitelizzazione, considerare l'uso della LAC una volta che la componente batterica sia stata arginata
- 