

# Herpes Ocular

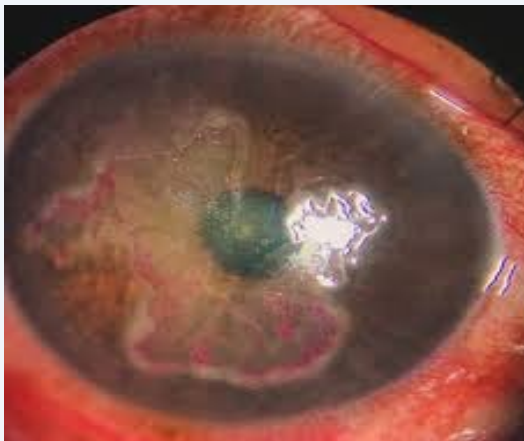
Dr. Elvin Martínez Castillo  
Residente de 1er año  
Pediatría

Febrero 2025



# Introducción

La queratitis (infección e inflamación de la córnea) causada por el virus del herpes simple (VHS) es una de las **principales causas de ceguera en todo el mundo**, debido a la cicatrización y opacidad de la córnea.

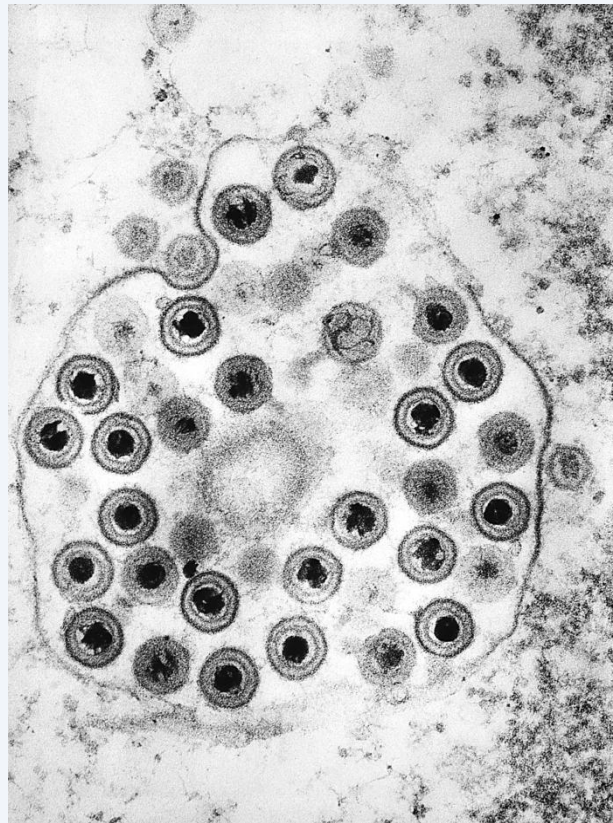


La queratitis es la forma más prevalente de la enfermedad ocular por VHS-1. Otras formas incluyen lesiones palpebrales (blefaritis herpética), conjuntivitis, uveítis, retinitis y, en raras ocasiones, escleritis

# PATOGENESIS

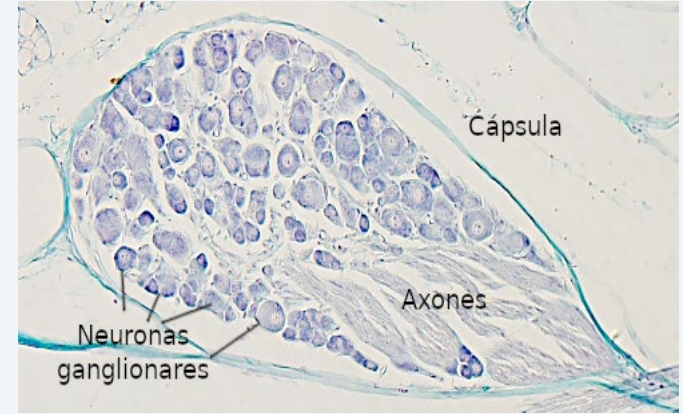
**Virología del herpes simple:** existen dos tipos de virus del herpes simple (VHS) clínicamente importantes, **el VHS-1 y el VHS-2**.

Los humanos son el único huésped natural de ambos tipos. El **VHS-1** representa la mayoría de las **infecciones orales, labiales y oculares**, y el **VHS-2** la mayoría de las infecciones **genitales**, aunque existe una superposición considerable y creciente en estas distribuciones.

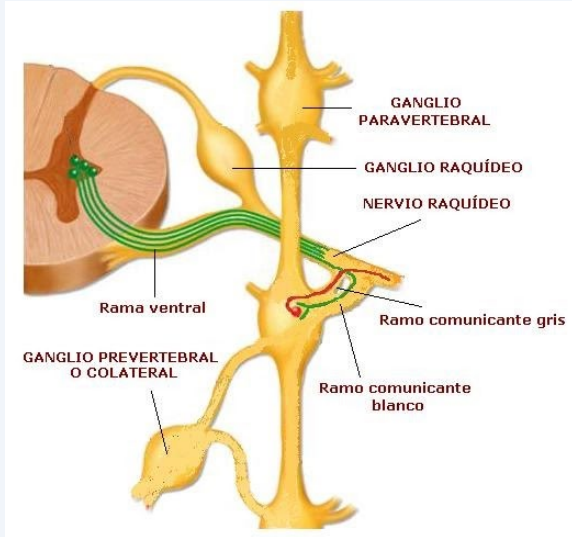


# PATOGENESIS

La latencia se desarrolla después de que el virus ingresa a las neuronas sensoriales y viaja a los ganglios sensoriales (el ganglio trigémino de la enfermedad ocular).



El virus permanece en los ganglios durante toda la vida del huésped. Se ha propuesto que la latencia del VHS-1 también puede establecerse en la córnea, aunque esto es controvertido



# Mecanismos de la enfermedad corneal por VHS

Tres procesos:

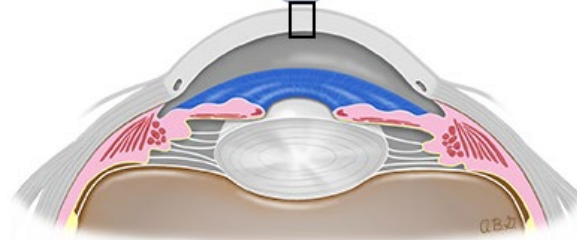
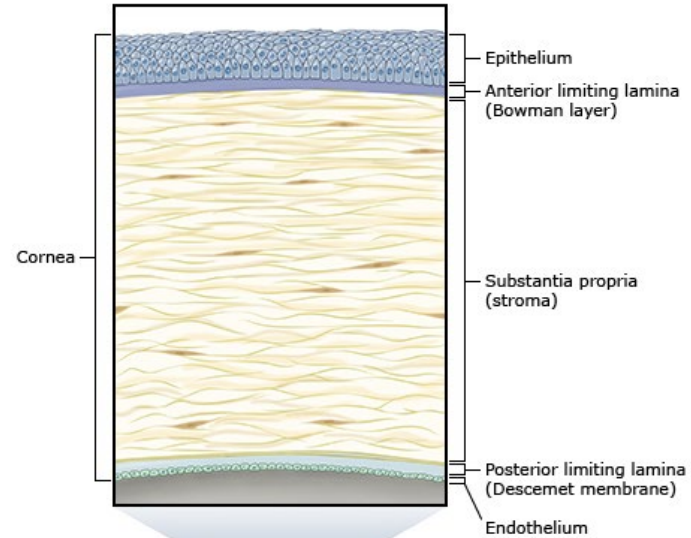
- Infección activa
- Inflamación causada por infección activa y
- Reacción inmunitaria a una infección pasada. **Los cambios estructurales**, como queratitis ulcerosa periférica, queratopatía neurotrófica y sobreinfección.



# Mecanismos de la enfermedad corneal por VHS



- El virus reactivado entra y se replica dentro de las células del epitelio basal de la córnea y se propaga a las células adyacentes.
- En la infección primaria, una respuesta inflamatoria desencadena respuestas inmunitarias específicas de antígeno.
- Los anticuerpos de inmunoglobulina G (IgG) e IgA y los linfocitos T CD4 y CD8 están implicados en la modulación de la infección y la latencia.
- Las células del estroma corneal, los queratocitos, pueden favorecer la infección activa con la consiguiente inflamación necrotizante.



# EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

La infección por el virus del herpes simple tipo 1 (VHS-1) es endémica en las poblaciones humanas. La mayoría de las personas han estado expuestas a la mediana edad, con anticuerpos circulantes contra el VHS-1 detectables en el 90 por ciento o más de la población

La infección primaria por VHS-1 es asintomática o no se reconoce más del 90 por ciento de las veces. La mayoría de las infecciones oculares clínicas son **manifestaciones de reactivación del virus.**



# EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

La mayoría de los casos oftálmicos de VHS son unilaterales, con recurrencias que afectan al mismo ojo. La enfermedad bilateral ocurre en el 1 al 12 por ciento de los casos y es más común en pacientes con atopia u otras anomalías inmunológicas.



La incidencia de enfermedades oculares es de 6,8 a 31 por 100.000 habitantes al año. La prevalencia de la queratitis por VHS en los Estados Unidos es de aproximadamente 150 por cada 100,000, con un estimado de 20,000 casos nuevos y 48,000 episodios anualmente



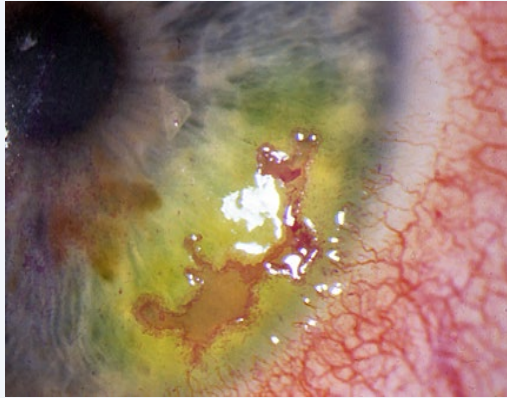
# MANIFESTACIONES CLÍNICAS

**Síntomas:** la mayoría de los pacientes con queratitis por el virus del herpes simple (VHS) presentan un inicio agudo de síntomas que incluyen dolor, visión borrosa, fotofobia, secreción ocular acuosa y, a menudo, ojos rojos.



# MANIFESTACIONES CLÍNICAS: Infección primaria Queratitis epitelial

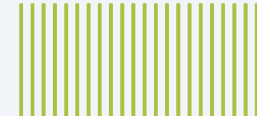
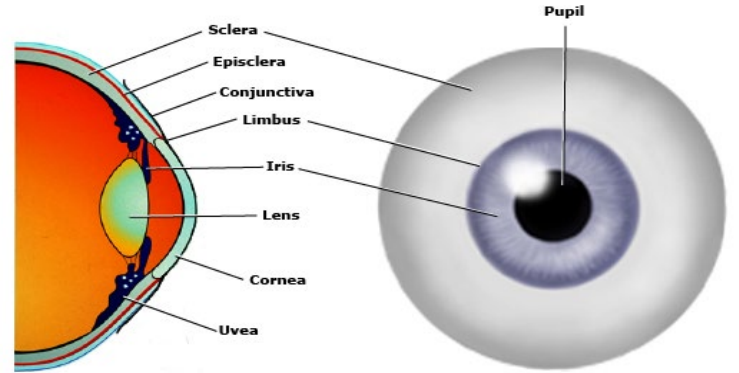
## Queratitis dendrítica

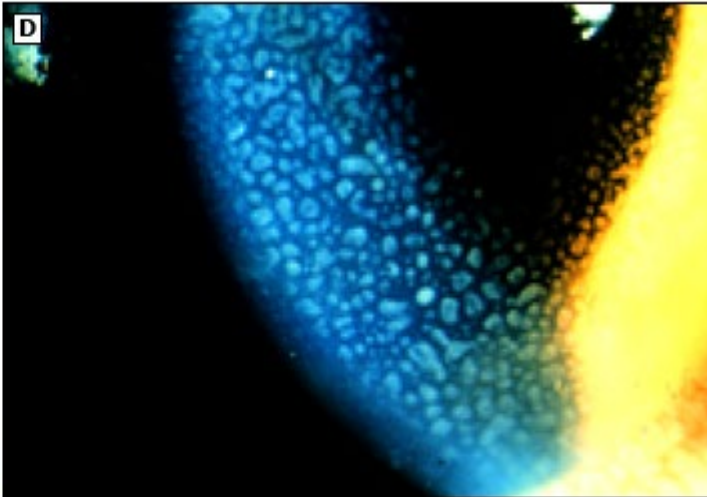
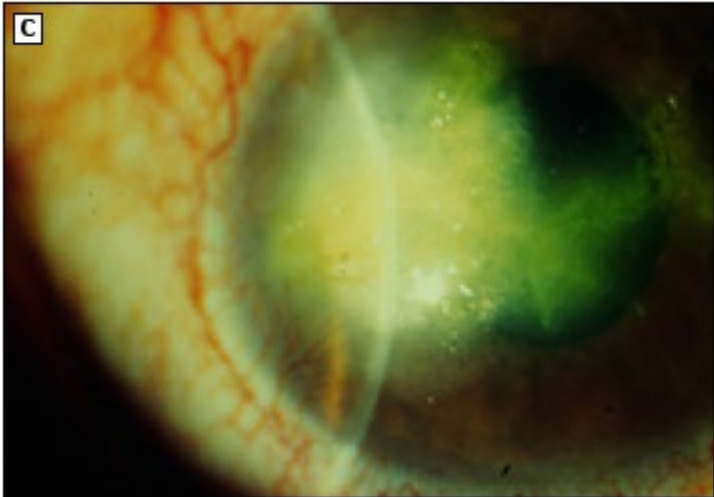
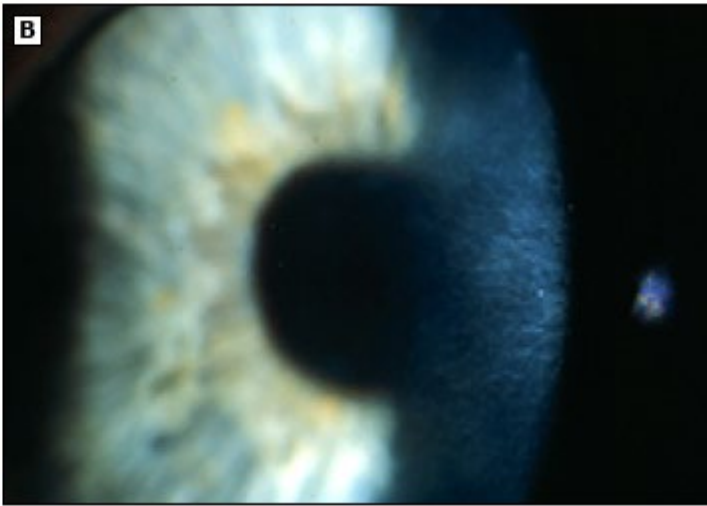
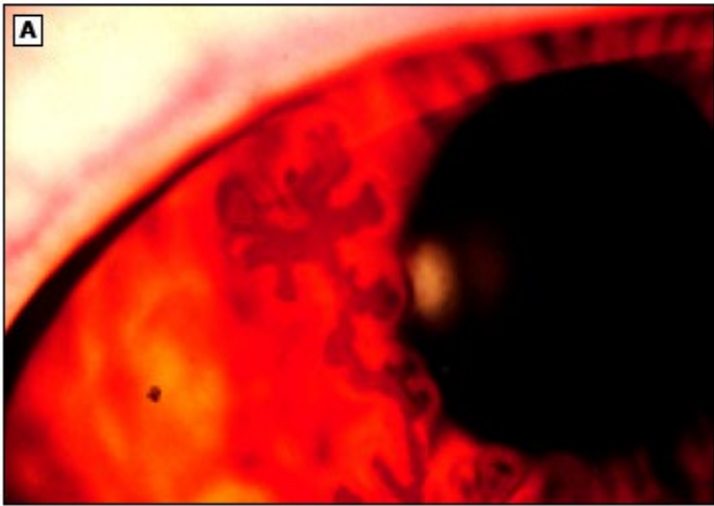


## Úlceras geográficas



## Queratitis marginal



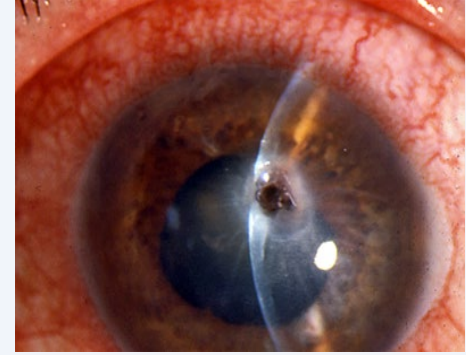
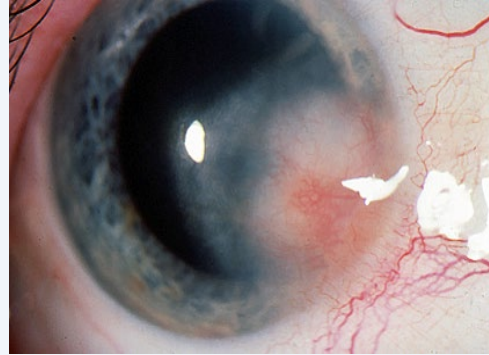


(A) **Enfermedad epitelial corneal con células epiteliales** dañadas que se observan como "dendritas".  
(B) **Enfermedad del estroma corneal** o "queratitis disciforme"  
(C) **Enfermedad estromal** necrosante en la que la infiltración de células inflamatorias y la neovascularización dan como resultado  
(D) **Queratouveítis** en la que se pueden ver cúmulos de células mononucleares, denominados "precipitados queráticos", en el epitelio corneal.

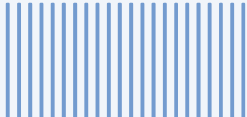
# MANIFESTACIONES CLÍNICAS: Enfermedad subyacente

## Enfermedad epitelial recurrente

Queratitis estromal    Queratitis inmunitaria    Queratitis necrosante



## Endotelitis (queratitis disciforme)



# DIAGNÓSTICO

La queratitis por herpes simple se sospecha en cualquier paciente que presente un cuadro agudo de dolor ocular, visión borrosa, fotofobia y secreción ocular acuosa.



Los pacientes suelen tener el ojo rojo, **pero este no es un hallazgo universal**. **La presentación suele ser unilateral**. El diagnóstico se suele realizar sobre la base de la historia clínica y los hallazgos del examen sin pruebas de laboratorio.



# DIAGNÓSTICO

Por lo general, se necesita un examen con lámpara de hendidura para confirmar la presencia de lesiones típicas o sospechosas.

Las pruebas de laboratorio (es decir, cultivo viral o reacción en cadena de la polimerasa [PCR] del virus del herpes simple [VHS]) pueden estar indicadas en casos graves en los que los hallazgos clínicos son atípicos pero la sospecha de queratitis por herpes simple es alta. El uso de PCR en tiempo real está cada vez más disponible y tiene una alta sensibilidad.

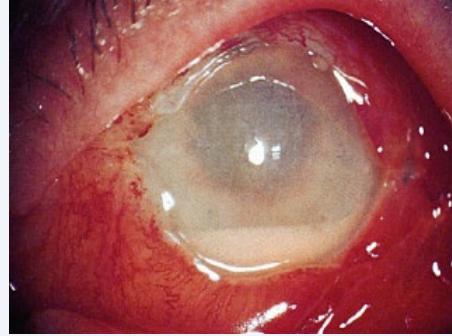


# DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

**Glaucoma agudo de ángulo cerrado**



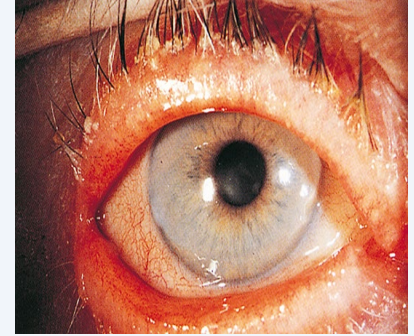
**Hipopión asociado a endoftalmitis**



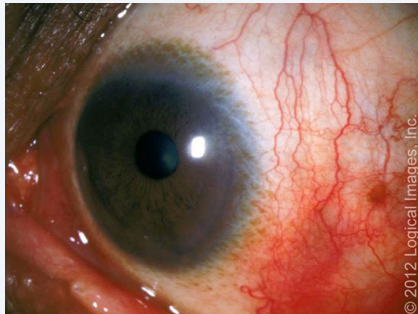
**Hifema asociado a trauma**



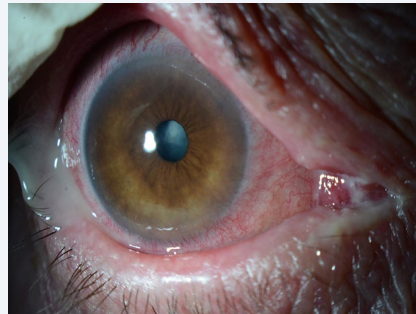
**Blefaritis**



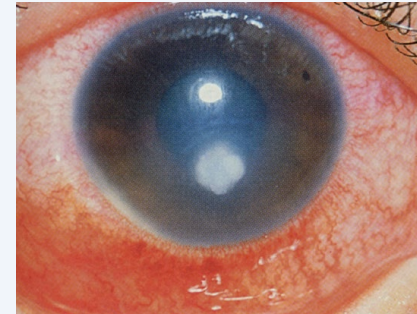
**Epiescleritis**



**Conjuntivitis bacteriana**



**Queratitis bacteriana**



# GESTIÓN

**Derivación a oftalmología:** Si el diagnóstico inicial está en duda o si se sospecha una enfermedad del estroma, se recomienda una derivación oftalmológica inmediata.

**Evite la monoterapia tópica con glucocorticoides:** Debe reservarse para el oftalmólogo, en combinación con antivirales.

**Tratamiento médico :** los objetivos del tratamiento de la enfermedad ocular por VHS son acortar la evolución de la enfermedad y prevenir las recurrencias que pueden provocar cicatrices en la córnea y deterioro visual.





# TRATAMIENTO

Agentes orales :

Aciclovir oral (400 mg cinco veces al día)

Valaciclovir (500 mg tres veces al día)

Famciclovir (250 a 500 mg tres veces al día)

Valganciclovir , el foscarnet y el cidofovir se utilizan muy raramente debido a su toxicidad.

Agentes tópicos: el ganciclovir y el aciclovir tópicos pueden considerarse similares en eficacia.

El gel de ganciclovir al 0,15 % es nuestro agente tópico preferido.

## Tratamiento quirúrgico en pacientes seleccionados

# TRATAMIENTO

Classification	Alternate terms	Treatment recommendations
Epithelial keratitis	Dendritic ulcer Geographic ulcer	Therapeutic dose of oral or topical antiviral: Acyclovir 400 mg three to five times daily for 7–10 days Valacyclovir 500 mg twice daily for 7–10 days Famciclovir 250 mg twice daily for 7–10 days Trifluridine 1% one drop nine times daily for 7 days (not to exceed 21 days) Acyclovir 3% ointment five times daily for 7 days Ganciclovir ointment 0.15% one drop five times daily for 7 days Also consider: Epithelial debridement
Stromal keratitis without ulceration	Interstitial Keratitis Immune/Wessely ring	(1) Prednisolone acetate 1% four times daily. Taper slowly to lowest dose required to control inflammation (2) Prophylactic oral antiviral Acyclovir 400 mg two times daily Valacyclovir 500 mg daily Famciclovir 250 mg daily
Stromal keratitis with ulceration	Necrotizing stromal keratitis Ulcerating interstitial keratitis	(1) Prednisolone acetate 1% one to four times daily  (2) Therapeutic dosage of oral antiviral Acyclovir 800 mg five times daily for 7–10 days Valacyclovir 1 g three times daily for 7–10 days Famciclovir 500 mg two to three times daily for 7–10 days
Endotheliitis	Disciform keratitis Disciform endotheliitis Linear endotheliitis	(1) Therapeutic dose of oral antiviral Acyclovir 800 mg five times daily Valacyclovir 1 g three times daily Famciclovir 500 mg two times daily (2) Prednisolone acetate 1% four times daily

## [Pediatria Atención Primaria](#)

versión impresa ISSN 1139-7632

Rev Pediatr Aten Primaria vol.11 supl.17 Madrid oct./dic. 2009

### **P-9. Rápida aparición de celulitis preseptal y herpes en niño atópico**

### **P-9. Rapid appearance of preseptal cellulitis and herpes in an atopic child**

Hayajneh Carrillo N.<sup>a</sup>, María Tablado M.A.<sup>b</sup>, Carreño Beltrán A.<sup>a</sup>

<sup>a</sup>CS Mar Báltico.

<sup>b</sup>CS Los Fresnos.

Torrejón de Ardoz. Madrid.

Caso clínico. Niño de 25 meses que tras consultar por una **lesión en párpado superior**, presenta rápido empeoramiento con mala respuesta a tratamiento, precisando ingreso finalmente.

Antecedentes personales: crisis de broncoespasmo asociadas a **infecciones respiratorias que no han precisado ingreso; dermatitis atópica; calendario de vacunación correcto.**

Acude a consulta de Pediatría del centro de salud por presentar una pequeña **lesión en párpado superior del ojo derecho** sugerente de picadura, siendo tratado tópicamente (hidrocortisona, oxitetraciclina, polimixina B). Regresa a las 48 horas por inflamación palpebral, dolor orbitario y febrícula, por lo que se añade amoxicilina/ácido clavulánico vía oral; 24 horas después vuelve a consultar por aumento de la inflamación, dificultad para la apertura ocular y aparición de **lesiones vesiculosas, sin sintomatología ocular.**

Exploración física: peso 14,3 kg. T.a **36,5°C. Buen estado general.** Hiperemia y edema periocular. Apertura ocular dificultosa. Múltiples pápulas y vesículas de 1-2 mm de diámetro, algunas con costra puntiforme en superficie, localizadas agrupadamente en párpados, raíz nasal y frente. **Motilidad ocular conservada.** Resto de la exploración normal. Se deriva al hospital e ingresa con diagnóstico de celulitis preseptal e infección por virus herpes simple. Se inició tratamiento con amoxicilina/ácido clavulánico y aciclovir intravenosos durante 7 días, con buena evolución.

# Conclusiones

- ✓ Se debe realizar una anamnesis mas extendida del caso.
- ✓ Se cree que la mayoría de las enfermedades oculares son consecuencia de una reactivación del VHS, más que de una infección ocular primaria.
- ✓ El diagnóstico de la queratitis por herpes simple es principalmente clínico.
- ✓ La queratitis estromal necrosante se debe a una infección vírica activa y puede progresar hasta la perforación corneal.
- ✓ **No se deben utilizar glucocorticoides tópicos cuando hay una enfermedad epitelial por HSV activa.**

