

Conjuntivitis víricas

FA. Chavarria

Clínica particular. Figueres

Correspondencia:

FA. Chavarria

E-mail: felixator@doctoractive.com

Herpes simple

A nivel ocular el más frecuente es el Herpes Simple tipo 1 (HSV-1), del género Simplexvirus y familia *Herpesviridae* (virus DNA). Se caracteriza por el elevado nº de recidivas.

Cuadros clínicos

1. *Herpes congénito y neonatal*: Se transmite en el momento del parto si la mujer sufre un herpes genital. Debuta a los 7 días de vida aproximadamente. Puede presentarse como vesículas herpéticas en los bordes palpebrales, y/o conjuntivitis uni o bilateral con hiperemia moderada y secreciones claras.
2. *Herpes ocular primario*: Las Ig-G anti-HSV maternas dan una inmunidad parcial durante unos 6 meses, por eso habitualmente se producen a partir de este tiempo de vida. La mayor parte de los casos son inaparentes, sólo un 6% de los recién nacidos afectados presentan signos clínicos de una conjuntivitis aguda folicular con adenopatía preauricular, además de posible infección corneal en forma de vesículas epiteliales (o queratitis punteada superficiales (QPS)) que si se ulceran dan microdendrites.
3. *Herpes ocular recidivante*: Estas conjuntivitis herpéticas están asociadas a menudo a lesiones palpebrales, aunque pueden ser aisladas, y representan más del 20% de conjuntivitis observadas en la consulta oftalmológica. Se trata de foliculos y a veces úlceras conjuntivales (a veces dendríticas) fluo positivas.

El tratamiento en todos estos casos es imperativamente con acyclovir. Atención al tratamiento inapropiado con corticoides.

Herpes zóster o zona oftálmica

El virus también pertenece a la familia de los *Herpesviridae*, pero al género Varicellovirus y a la especie *V. Varicela-Zóster* (VZV) o *V. Herpes Humano tipo 3* (HHV-3). La primoinfección provoca la varicela y la reinfección o recidiva el herpes zóster.

Varicela

Confiere una inmunidad definitiva. En el curso de la enfermedad se puede encontrar una conjuntivitis papilar inespecífica, vesículas en los párpados

y/o en la conjuntiva y limbo esclerocorneal que pueden provocar ulceraciones.

El tratamiento local con el aciclovir es efectivo sobre la replicación de los *Herpesviridae*, tanto del HSV como del VZV (interacción selectiva con la síntesis del ADN viral).

Herpes zóster o zona oftálmica

Es la erupción en el territorio de la rama oftálmica del N. Trigémico (V par), que tiene 3 divisiones: la nasociliar más asociada a complicaciones oculares, la frontal y la lagrimal que dan sobre todo afectación de párpados y conjuntiva.

Formas clínicas

- Herpes Zóster no complicado: en la conjuntiva se observan una hiperemia difusa con presencia a veces de hemorragias petequiales subconjuntivales.
- Herpes Zóster con complicaciones: la sobreinfección bacteriana es frecuente pero benigna a nivel conjuntival, y raramente puede haber formación precoz de pseudomembranas.

Papilomatosis

Causadas por la especie papilomavirus humano (HPV), género *Papilomavirus* y familia *Papovaviridae*.

A nivel de conjuntiva los más frecuentes son el tipo 6, 11, 16 y 18. Los dos primeros dan sobre todo tumores benignos y los otros malignos. Tienen importancia ya que se ha encontrado DNA viral hasta en un 85 % de las lesiones conjuntivales cancerosas y precancerosas.

Las formas clínicas son papilomatosis, displasias y carcinomas conjuntivales.

El paciente se presenta en ocasiones debido a las infecciones conjuntivales concomitantes.

Enfermedad de Newcastle

Provocada por un paramixovirus (RNA).

Afecta a las aves y especialmente al pollo.

Su nombre proviene de que Doyle probó el origen viral en el año 1927 en Newcastle-upon-Tyne.

Se presenta en forma de epidemias en algunos ambientes que lo favorecen (criadores de pollos, veterinarios, cocineros, empleados de laboratorio...).

La enfermedad da una conjuntivitis en estas personas expuestas, después de una incubación corta (18 a 48 h.). Es folicular, normalmente monocular con mucha inflamación. También puede haber quemosis y hemorragias. La adenopatía preauricular es constante durante una semana. La evolución es benigna con curación a los 7-8 días sin secuelas. Se acompaña con signos generales poco marcados como fiebre y cefaleas.

El diagnóstico diferencial principal es con la conjuntivitis por adenovirus, pero las circunstancias epidemiológicas y poblaciones afectadas no son las mismas.

La infección humana puede ser diagnosticada en el laboratorio por tests de precipitación, hemaglutinación y más específicamente por técnicas de ELISA.

No hay tratamiento específico.

Queratoconjuntivitis por adenovirus

De la familia de los Adenoviridae (DNA), género Mastadenovirus, especie Adenovirus con tropismo humano tiene cerca de 50 serotipos descritos.

La enfermedad se presenta en forma de epidemias, ya que el punto de expansión es una guardería, colegio, piscina, comunidades o centros sanitarios. Hay un pico en invierno junto con otras afecciones virales respiratorias, y otro en verano por el agua de las piscinas.

El modo de transmisión es siempre por contacto directo, bien por las manos o por cualquier objeto contaminado.

En general el tiempo de incubación es corto (de 4 a 10 días según los serotipos) y el periodo de replicación y contagio del virus de 14 a 21 días.

Formas clínicas

Conjuntivitis folicular (CF)

Es la más frecuente. Los tipos implicados el 2 y el 6. Afecta sobre todo a niños (guarderías). La CF es siempre moderada y sin participación corneal, y puede estar asociada a una patología respiratoria. El tratamiento no es específico, basado en medidas de higiene ocular y palpebral. Necesario el aislamiento al dormir.

Fiebre faringoconjuntival (FPC)

Preferentemente por los tipos 4 y 7. Afecta sobre todo a jóvenes (escuelas en invierno y colonias de vacaciones en verano). Predominan los signos generales, con fiebre elevada y faringitis, en algunos casos con vómitos y diarreas, de inicio repentino, sobre los oculares. La conjuntivitis es folicular, bilateral, ocasionalmente con finas petequias a la conjuntiva bulbar. La afectación corneal no es constante, moderada y sin infiltrados subepiteliales. La duración es de hasta 14 días, y el tratamiento es sintomático local y general.

Queratoconjuntivitis epidémica (KCE)

Provocada por los tipos 8, 19 y 37. De inicio brusco, empieza por un ojo y al cabo de 2 a 6 días pasa al otro con síntomas menos marcados. Éstos

son fotofobia, lagrimeo, arena en los ojos, rojez, edema palpebral marcado y alteración moderada de la visión. En la biomicroscopia se observa una conjuntivitis folicular, a menudo con petequias, y en la conjuntiva tarsal pueden coexistir también papilas. El ganglio preauricular es un signo clásico, o submaxilar / parotideo, habitualmente unilateral.

A nivel corneal pueden presentarse infiltrados subepiteliales, pequeñas manchas blancas de 1-2 mm, circulares, dispersas y a veces muy numerosas (queratitis numular).

La enfermedad dura de 10 a 20 días habitualmente. Las recidivas son excepcionales a causa de la inmunidad local desarrollada por la afección.

Existen técnicas de diagnóstico de laboratorio a las que no es necesario recurrir.

El tratamiento es sintomático, compresas frías, gafas de sol... aunque todos somos partidarios de recetar un colirio para tranquilidad del paciente y evitar sobreinfecciones bacterianas. Los derivados de la cortisona son aplicables en las formas graves con alteración importante de la visión, o en los casos que al cabo de unas semanas todavía persisten síntomas que incomodan para llevar una vida social y laboral normal. Los antiherpéticos no tienen ningún efecto sobre los adenovirus. Los AINE's en colirio pueden tener un efecto de mejora sintomática y de confort para el paciente.

Las medidas de prevención individuales y colectivas son indispensables: restringir toda actividad escolar y profesional al enfermo; a nivel familiar no compartir toallas, pañuelos, servilletas, gafas y jabones; evitar relaciones sexuales; tirar las lentillas si es portador... La prevención colectiva es fundamental en las consultas médicas y centros sanitarios, principalmente en los servicios de urgencias de oftalmología. El personal infectado queda excluido durante tres semanas. Tener cuidado de la higiene de las manos y de la desinfección del material médico. El virus puede vivir hasta veinte días en un bote de colirio, motivo por el cual siempre es recomendable utilizar gotas unidosis. El tonómetro tiene que ser esterilizado con hipoclorito de sodio durante diez minutos, con alcohol isopropil o por soluciones iodadas.

Queratoconjuntivitis por enterovirus

También conocida como "conjuntivitis aguda hemorrágica", causada por el enterovirus 70 (EV 70) y el coxsackievirus A 24 (CA 24) clínicamente indistinguibles. De hecho el adenovirus tipo 11 también lo hace, incluso se presentan epidemias mixtas EV 70/AD 11 o EV 70/CA 24.

El contagio es por contacto. La incubación de 12 a 48 h. Sobreviven largo tiempo en ambientes húmedos y cálidos (más frecuentes en zonas tropicales).

La respuesta del organismo es precoz. La población posee una inmunidad latente y sólo habrá presentación clínica si ésta es insuficiente. Aunque una misma persona puede afectarse varias veces por falta de esta respuesta inmunológica.

Clínicamente se afectan ambos ojos con un intervalo de 24 h. Los síntomas son de dolor, escocimiento y arena en los ojos, con bajada de visión si hay afectación corneal epitelial, relativamente frecuente.

En el examen se aprecia edema palpebral, lagrimeo y abundante secreción conjuntival, líquida al empezar pero que puede ser purulenta más adelante. La conjuntivitis es folicular y papilar con quemosis inferior. La característica es la presencia de hemorragia subconjuntival, variables, desde petequias a grandes placas de sangre.

Entre el 15 y el 40% de los pacientes tendrán adenopatía preauricular.

Raramente pueden haber manifestaciones neurológicas entre 1 y 8 semanas después del principio en forma de tres presentaciones (afectación de nervios periféricos, pares craneales o mixtos); además de fiebre, cefaleas y mialgias.

Se puede hacer diagnóstico de laboratorio: 1/ cultivo sobre células humanas y HeLa 2/ ELISA 3/ PCR.

Tratamiento no específico, compresas frías, humectantes y antibióticos si hay sobreinfección.

Aislamiento escolar y profesional.

Otros virus

Gripe

Producida por un virus influenza de la familia Paramyxoviridae (RNA), género Paramyxovirus, del grupo de los myxovirus. Se caracteriza por una incubación corta de dos a tres días, fiebre con alteración del estado general, cefaleas, mialgias, rinitis y tos.

Una conjuntivitis asociada es frecuente, dura de 4 a 5 días, y cursa con secreciones abundantes. Más raramente pueden haber hemorragias subconjuntivales o QPS.

Sarampión

Debida a un paramyxovirus del género Morbillivirus y familia Paramyxoviridae (RNA).

Afecta a niños en edad escolar. Tiene diez días de incubación. Los signos generales son: fiebre, alteración del estado general, rinofaringitis y una erupción cutánea y mucosa (signo de Koplik).

Los signos oftalmológicos son una conjuntivitis a veces asociada a una queratitis superficial.

Un diagnóstico simple de la afección conjuntival se puede hacer por coloración de las lesiones con verde de lisamina.

En los países desarrollados la vacunación ha reducido claramente la frecuencia de la enfermedad y sus complicaciones pero en los países en vías de desarrollo (principalmente en África) el sarampión es una enfermedad ocular grave por sus secuelas corneales en forma de cicatrices muy invalidantes. La sobreinfección bacteriana es habitual; también pueden ser virales.

Parotiditis

- Infección por un paramyxovirus del género Rubulavirus y familia Paramyxoviridae (RNA).
- Los signos clásicos son una parotiditis bilateral después de una incubación de 14 a 18 días.
- Los signos oftalmológicos son una conjuntivitis folicular y papilar con quemosis y a veces con hemorragias. Una dacrioadenitis uni o bilateral puede asociarse a la parotiditis.
- El tratamiento es sintomático.

Mononucleosis infecciosa

El virus de Epstein-Barr forma parte del género *Lymphocryptovirus* de la familia *Herpesviridae* (DNA). Afecta a adolescentes y a adultos jóvenes en primoinfección y está implicado en otras patologías (linfomas, cáncers...).

Se han descrito conjuntivitis a menudo foliculares y a veces nodulares, acompañadas de queratitis (polimorfas y pueden tener una forma dendrítica).

El virus está presente en las lágrimas durante la fase activa de la enfermedad.

El serodiagnóstico confirma la mononucleosis.

Debido a la semejanza con el virus del herpes es correcto tratar las manifestaciones conjuntivales y corneales con aciclovir pomada. En las formas estromales se puede y se debe asociar corticoterapia. Parece eficaz el aciclovir por vía general en patologías oculares más severas (uveítis, apilitis, neuritis óptica, retinitis...)

Rubeola

Provocada por un virus del género Rubivirus y familia *Togaviridae* (RNA).

Es benigno en el niño y el adulto joven. La incubación dura de 12 a 23 días. La infección está marcada por fiebre, adenopatías cervicales y una erupción inconstante. Las manifestaciones oculares no son graves, en forma de conjuntivitis y casos extraños de QPS.

Bibliografía

- Offred H. *Oeil et virus*. París: Société Française d'Ophtalmologie et Masson, 2000;202-67.
- Carreras B, Bermúdez J, Guerrero JC. En: Alió, Ruiz-Moreno, Carreras. *Inflamaciones oculares*. Barcelona: EDIKA MED, 1995.
- Chandler R. Dawson, John D. Sheppard. *Duane's Clinical Ophthalmology*. Philadelphia-New York: Lippincott-Raven Pub, 1996.