

# Retinitis de probable etiología herpética

E. Escrivá<sup>1</sup>  
L. Martínez-Costa<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Licenciada  
en Medicina  
<sup>2</sup>Doctora  
en Medicina  
Servicio de  
Oftalmología  
Hospital Dr. Peset  
Valencia

## Resumen

Varón de 23 años con escotoma temporal en ojo derecho. La funduscopia reveló congestión papilar, hemorragias en astilla, exudados, tortuosidad vascular y pliegues maculares. Tras tratamiento con corticosteroides endovenosos hubo un empeoramiento clínico. La serología mostró IgM VHS positivo y la PCR de humor acuoso fue negativa para VHS. El paciente fue tratado empíricamente para VHS, con mejoría significativa.

## Resum

Home de 23 anys amb escotoma temporal en l'ull dret. La funduscopia va revelar congestió papil·lar, hemorràgies en estella, exudats, tortuositat vascular i plecs maculars. Després del tractament amb corticosteroides endovenosos va haver-hi un empitjorament clínic. La serologia mostrà IgM VHS positiu i la PCR en humor d'aquós va ser negativa per a VHS. El pacient va ser tractat empíricament per a VHS, amb millora significativa.

## Summary

A 23 years-old male presented with right eye temporal visual field defect. Funduscopy revealed swelling of the right optic nerve, prepapillar vitritis, flamed haemorrhages, exudates, tortuous retinal vessels, and folds around the macula. After treatment with intravenous methylprednisolone, there was a clinical worsening. Serology showed positive IgM HSV and HSV PCR on aqueous humor was negative. He was empirically treated for HSV infection, with clinical improvement.

## Caso clínico

Varón 23 años que acudió a urgencias por visión de mancha fija gris en campo visual temporal de ojo derecho, de 2 semanas de evolución. La agudeza visual en ambos ojos fue de 20/20, el polo anterior y la presión intraocular fueron normales. En el fondo de ojo derecho se observó una congestión de papila en la zona nasal, con hemorragias en astilla, exudados blandos, tortuosidad vascular, desprendimiento posterior del vítreo y pliegues radiales hacia la mácula (Figura 1). El campo visual mostró un escotoma temporal-inferior en el ojo derecho. La tomografía de coherencia óptica fue normal. El TAC craneal y orbitario no reveló alteraciones. Se decidió tratar

con 2 bolos de 1 gr de Metilprednisolona en 2 días consecutivos, manteniendo pauta oral de 1 mg/kg/día de Prednisona.

A las 2 semanas aparecieron varios focos de retinitis yuxtapapilar (Figura 2), por lo que se remitió al paciente a la Unidad de Uveítis. Presentaba aftas orales con una frecuencia inferior a 3 episodios al año, y tuvo un mes antes un condiloma genital. Refería prácticas sexuales de riesgo. La anamnesis dirigida a descartar enfermedades autoinmunes sistémicas fue negativa. Se pidió analítica, PPD y serología para VHB, VHC, VIH, CMV, Bartonela, Toxoplasma, RPR y VHS. Los resultados fueron negativos, a excepción de Ig G positivo para Toxoplasma, Ig M para virus del Herpes Simple positivo y linfocitosis (46,2%) con

Correspondencia:  
Esther Escrivá Pastor  
Marqués de Elche 17,  
esc. 2, pta.6  
46018 Valencia  
E-mail:  
estespas@alumni.uv.es



**Figura 1.**  
Presentación inicial del caso



**Figura 2.**  
Empeoramiento tras el tratamiento con corticoesteroides



**Figura 3.**  
Mejoría tras el tratamiento con antiviricos sistémicos



**Figura 4.**  
Tres meses tras el inicio del cuadro

neutropenia (45,6%). Ante la persistencia del cuadro se decidió hacer una punción del humor acuoso para PCR de toxoplasma y herpes, iniciando tratamiento empírico con Valaciclovir 1 gr/12 h y manteniendo Prednisona 60 mg/24 h.

A la semana de iniciar el tratamiento con los antivirales se observó gran mejoría clínica, con papila más delimitada, menor vitritis, desaparición progresiva de los pliegues maculares y reducción de los focos de retinitis (Figura 3).

La PCR de humor acuoso fue negativa para todos los gérmenes. Se mantuvo tratamiento con Valaciclovir 1 gr/12h y pauta descendente de corticoides durante 4 semanas. Se apreció estabilidad clínica, con mejoría

significativa del episodio y agudeza visual bilateral conservada. Tras el tratamiento se negativizó la Ig M para VHS, encontrando la Ig G positiva junto a normalización de la bioquímica sanguínea.

A los tres meses de inicio del cuadro, la imagen fundoscópica se había normalizado casi completamente, persistiendo únicamente una pequeña hemorragia en astilla peripapilar (Figura 4).

## Discusión

La afectación ocular por virus herpes es muy variable, siendo la afectación del segmento anterior la más

frecuente, en forma de uveítis anterior aguda asociada o no a queratitis.

Cada vez hay más casos descritos de retinitis por herpes, tanto en pacientes inmunocompetentes (fundamentalmente en forma de necrosis retiniana aguda) como en pacientes inmunodeprimidos (en forma de necrosis externa progresiva, de pronóstico nefasto)<sup>1,2</sup>. Entre los hallazgos fundoscópicos en la retinitis por VHS encontramos envainamiento perivascular, hemorragias en llama, tortuosidad vascular y edema retiniano. En algunas ocasiones podemos encontrar opacidades finas en vítreo y placas exudativas en mácula y polo posterior. Con tratamiento adecuado la retinitis puede evolucionar hacia la curación, pero en otras ocasiones evoluciona hacia la necrosis retiniana<sup>2</sup>.

La afectación ocular herpética se atribuye clásicamente al VHS tipo 1, pero debido a los cambios en la conducta sexual, cada vez es más frecuente encontrar afectación no genital por familias de herpes tipo 2, así como afectación genital por familias del herpes tipo 1<sup>3</sup>. La frecuencia de futuras reactivaciones dependerá del lugar anatómico afectado y del tipo de virus implicado<sup>2</sup>.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, siendo la PCR de humor acuoso o vítreo una de las pruebas diagnósticas complementarias más utilizadas. Sin embargo, en una reciente revisión sobre la utilidad de la PCR de humor acuoso en el diagnóstico de las uveítis posteriores, se obtuvo positividad únicamente en el 29% de los casos de herpes; la mayoría en pacientes con coriorretinitis focal y retinitis extensa, mientras que en la coriorretinitis multifocal, neurorretinitis y vasculitis retiniana, sólo unos pocos casos demostraron resultados positivos<sup>4</sup>. En estos casos en los que la PCR de humor acuoso resulta negativa, es útil recurrir a los métodos diagnósticos indirectos serológicos. La

ausencia de anticuerpos indica que el individuo no ha sido infectado por el VHS. La Ig M positiva indica infección viral activa, no permitiendo diferenciar entre una infección primaria o una recurrencia. La Ig G positiva implica que el individuo ha sido infectado por el VHS-1, VHS-2 o ambos; la elevada reactividad cruzada entre el VHS-1 y el VHS-2 hace imposible diferenciar entre una infección pasada por uno u otro virus.

En nuestro paciente, a pesar de que no obtuvimos una prueba que confirmara la etiología herpética, y el cuadro clínico no era sugestivo de necrosis retiniana aguda, el empeoramiento inicial con los corticoides, la mejoría significativa tras la introducción de los antivirales, la negativización de la IgM tras el tratamiento y los antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, nos hizo pensar en una retinitis de probable etiología herpética. En la actualidad el paciente permanece asintomático, y no ha vuelto a presentar otro brote.

## Bibliografía

1. Usui Y, Goto H. Overview and diagnosis of acute retinal necrosis syndrome. *Seminars in Ophthalmology*. 2008; 23:275-83.
2. Yoser SL, Forster DJ, Rao NA. Systemic viral infections and their retinal and choroidal manifestations. *Surv Ophthalmol*. 1993;37:313-52.
3. Pepose JS, Keadle TL, Morrison LA. Ocular herpes simplex: changing epidemiology, emerging disease patterns, and the potential of vaccine prevention and therapy. *Am J Ophthalmology*. 2006;141:547-57.
4. Rothova A, de Boer JH, ten Dam-van Loon NH, Postma G, de Visser L, Zuurveen SJ, et al. Usefulness of aqueous humor analysis for the diagnosis of posterior uveitis. *Ophthalmology*. 2008;115:306-11.