

Queratitis epitelial herpética bilateral en paciente atópico

Bilateral herpetic epithelial keratitis in an atopic patient

V. Lázaro-Rodríguez^{1,2}, Á. Ferragut^{1,2}, V. Charoenrook^{1,2}

¹Centre d'Oftalmologia Barraquer. Barcelona. ²Institut Universitari Barraquer. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona.

Correspondencia:

Víctor Lázaro-Rodríguez

E-mail: victor.lazaro.bcn@gmail.com

Resumen

La queratitis herpética bilateral es particularmente infrecuente, con una incidencia de aproximadamente el 3%. Se ha descrito en jóvenes con atopia y en inmunodeprimidos. Se presenta el caso de una mujer de 29 años con antecedente de atopia y herpes labial recurrente que acude por dolor leve en ambos ojos, presentando diversas lesiones dendríticas bilaterales con tinción de fluoresceína y rosa de Bengala compatibles con queratitis epitelial por herpes simple. Se trata con pomada oftálmica de aciclovir al 3% logrando la resolución tanto de la queratitis dendritiforme como de la sintomatología. La queratitis herpética bilateral debe considerarse ante lesiones dendríticas en pacientes jóvenes con atopia. Es recomendable un seguimiento estrecho dada la posible presentación más severa y prolongada de la forma bilateral de queratitis herpética.

Palabras clave: Queratitis herpética bilateral. Virus herpes simple. Atopia. Aciclovir.

Resum

La queratitis herpètica bilateral és particularment infreqüent, amb una incidència d'aproximadament el 3%. S'ha descrit en joves amb atòpia i en immunodeprimits. Es presenta el cas d'una dona de 29 anys amb antecedents d'atòpia i herpes labial recurrent que consulta per dolor lleu en ambdós ulls, presentant diverses lesions dendrítiques bilaterals amb tinció de fluoresceïna i rosa de Bengala compatibles amb queratitis epitelial per herpes simple. Es tracta amb pomada oftàlmica d'aciclovir al 3% i s'aconsegueix la resolució tant de la queratitis dendritiforme com de la simptomatologia. La queratitis herpètica bilateral ha de considerar-se davant de lesions dendrítiques en pacients joves amb atòpia. És recomanable un seguiment estret d'aquests pacients atès que la forma bilateral de queratitis herpètica pot ésser més severa i prolongada.

Paraules clau: Queratitis herpètica bilateral. Virus herpes simple. Atòpia. Aciclovir.

Abstract

Bilateral herpetic keratitis is particularly rare, with an incidence of approximately 3%. It has been described in young patients with atopy and in immunocompromised. Our report describes a 29-year-old woman with history of atopy and recurrent herpes labialis that came with mild pain in both eyes. Ophthalmological examination revealed bilateral dendritic lesions with fluorescein and rose Bengal dye consistent with herpes simplex epithelial keratitis. The patient was treated with 3% acyclovir ophthalmic ointment and both dendriform keratitis and symptoms resolved. Bilateral herpetic keratitis must be considered when there are dendritic-like lesions in young patients with atopy. It is important to emphasize the relevance of a close follow-up of these patients since bilateral herpetic keratitis could be more prolonged and severe.

Key words: Bilateral herpetic keratitis. Herpes simplex virus. Atopy. Acyclovir.

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud, se estima que el 67% de la población mundial está infectada por el virus herpes simple tipo 1 (VHS-1). El VHS produce una infección latente que cursa con periodos de reactivaciones recurrentes con afectación oral, cerebral y ocular. Algunos factores como la fiebre, la radiación ultravioleta, la lesión del nervio trigémino y los cambios hormonales pueden producir la reactivación clínica del VHS. Tan solo en un 30% de los infectados por VHS, la enfermedad herpética se manifiesta en alguna de sus formas, siendo la afectación ocular herpética característicamente unilateral¹. Los principales síntomas de la afectación herpética ocular son lagrimeo, visión borrosa, enrojecimiento ocular, fotofobia y dolor. La queratitis herpética bilateral es particularmente rara, con una incidencia reportada en diferentes estudios de aproximadamente entre el 3-19%²⁻⁶. La presentación bilateral se ha descrito en pacientes jóvenes con atopia⁷ y en pacientes con alteración del sistema inmunitario⁸. Se presenta un caso de queratitis epitelial herpética bilateral en una paciente joven atópica.

Caso clínico

Mujer de 29 años con antecedentes de dermatitis atópica y herpes simple labial recurrente que acude por dolor leve en ambos ojos. Como antecedente oftalmológico destaca un episodio de conjuntivitis adenovírica con un mes de anterioridad. La agudeza visual es de 1,00 (decimal) en ambos ojos. El examen oftalmológico

no revela hiperemia conjuntival, pero evidencia diversas lesiones epiteliales corneales dendríticas bilaterales con tinción de fluoresceína positiva en el lecho de las mismas (Figuras 1 y 2).

Teniendo en cuenta la ausencia de hiperemia conjuntival, la presentación bilateral y el antecedente de conjuntivitis adenovírica, se plantea un diagnóstico diferencial de queratitis herpética epitelial bilateral, queratitis de Thygeson y queratitis numular. Se descarta la queratitis numular debido a la tinción fluoresceínica positiva, dado que en esta entidad es típica la ausencia de tinción al ser las númeras de localización subepitelial⁹. Aunque la queratitis de Thygeson afecta de forma bilateral, cursa sin hiperemia conjuntival y tiñe con fluoresceína, se descarta en este caso debido a que las lesiones observadas son dendritiformes y poco numerosas¹⁰. Además, se efectúa tinción con Rosa de Bengala que resulta positiva en los bordes de las lesiones epiteliales dendríticas, compatible con queratitis epitelial por herpes simple. Así mismo, la serología de la paciente evidencia una inmunoglobulina G (IgG) para VHS-1 positiva, confirmando la exposición previa al virus. Se decide pautar tratamiento con pomada oftálmica de aciclovir al 3% cinco veces al día hasta la resolución de las úlceras y, posteriormente, tres veces al día durante una semana, logrando la resolución de la queratitis dendritiforme, así como de la sintomatología, tras dos semanas de tratamiento (Figuras 3 y 4). Adicionalmente, dada la presentación bilateral del cuadro y el sustrato atópico de la paciente, se decide pautar profilaxis con aciclovir oral 400 mg cada 12 horas durante 12 meses, con seguimiento de la paciente y vigilancia periódica de la función renal.

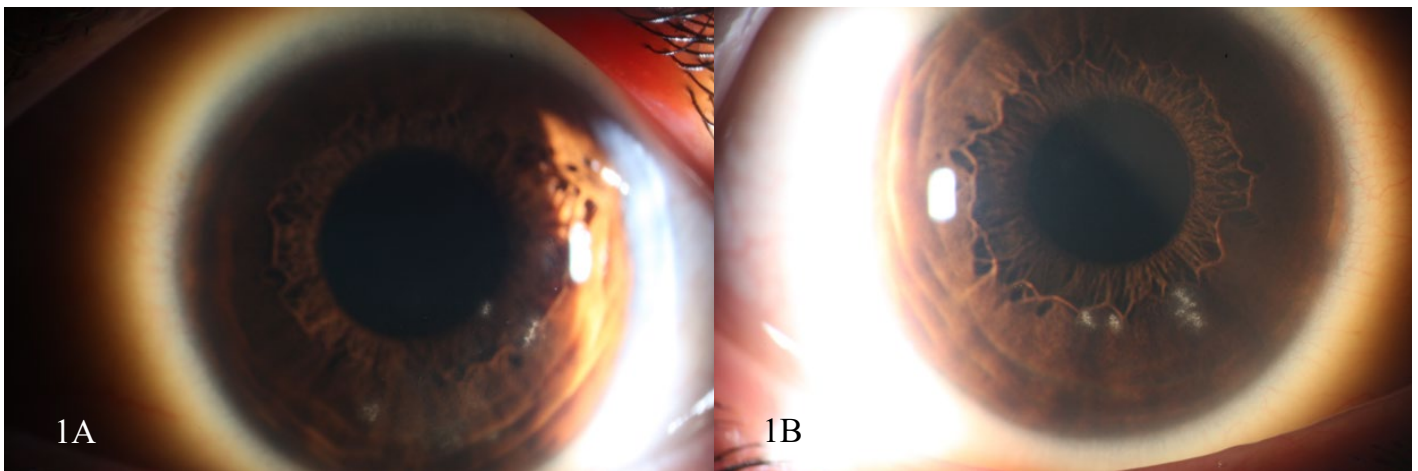


Figura 1. Imagen biomicroscópica con diversas lesiones dendríticas en ojo derecho (1A) y ojo izquierdo (1B).

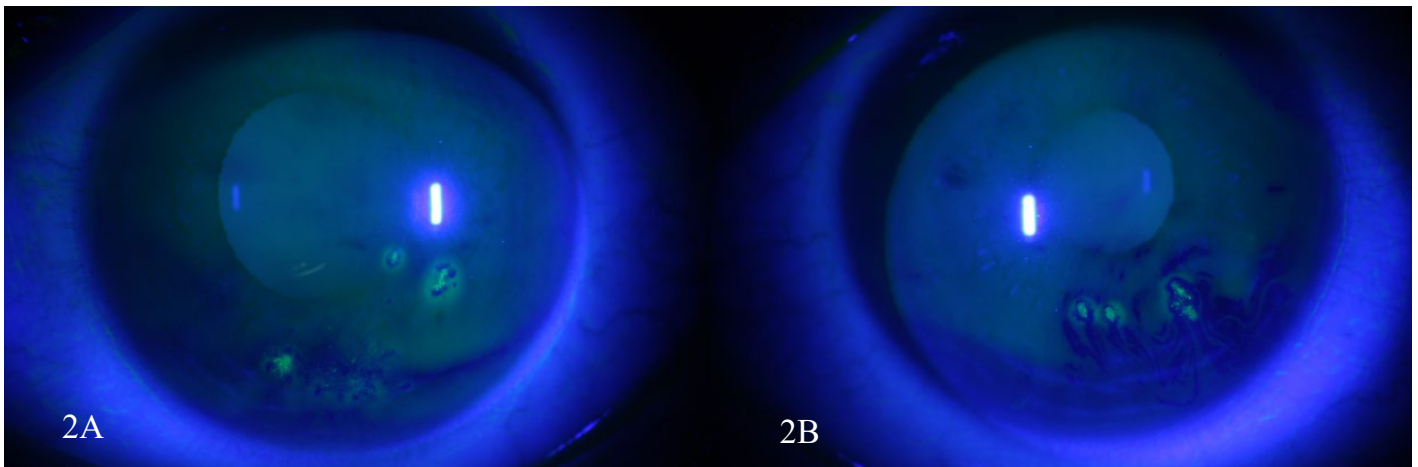


Figura 2. Imagen biomicroscópica con diversas lesiones dendríticas con tinción fluoresceínica positiva en ojo derecho (2A) y ojo izquierdo (2B).

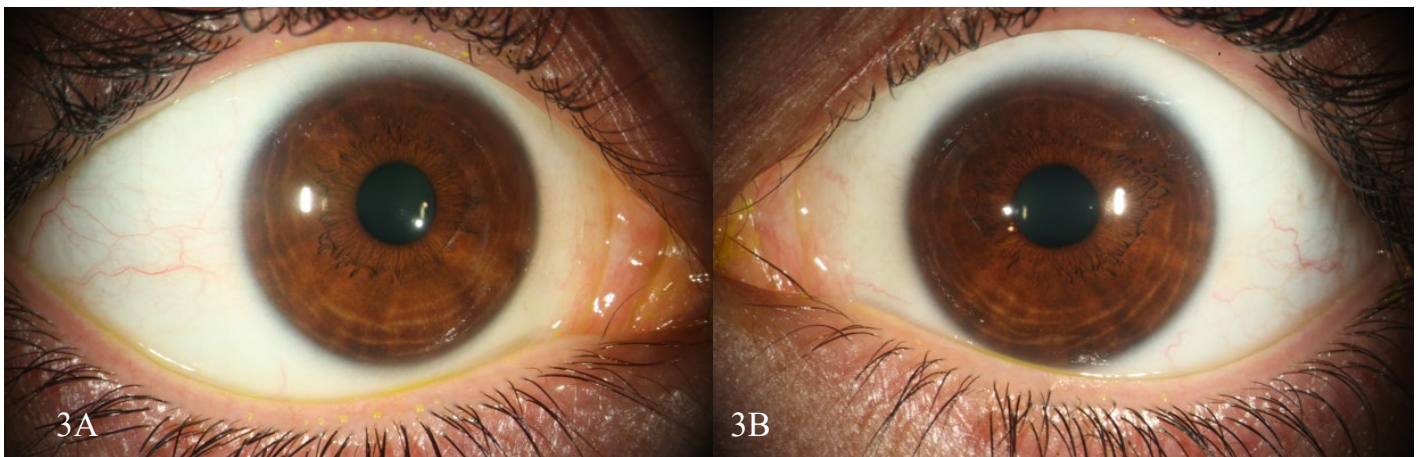


Figura 3. Imagen biomicroscópica sin lesiones tras tratamiento antiviral en ojo derecho (3A) y ojo izquierdo (3B).

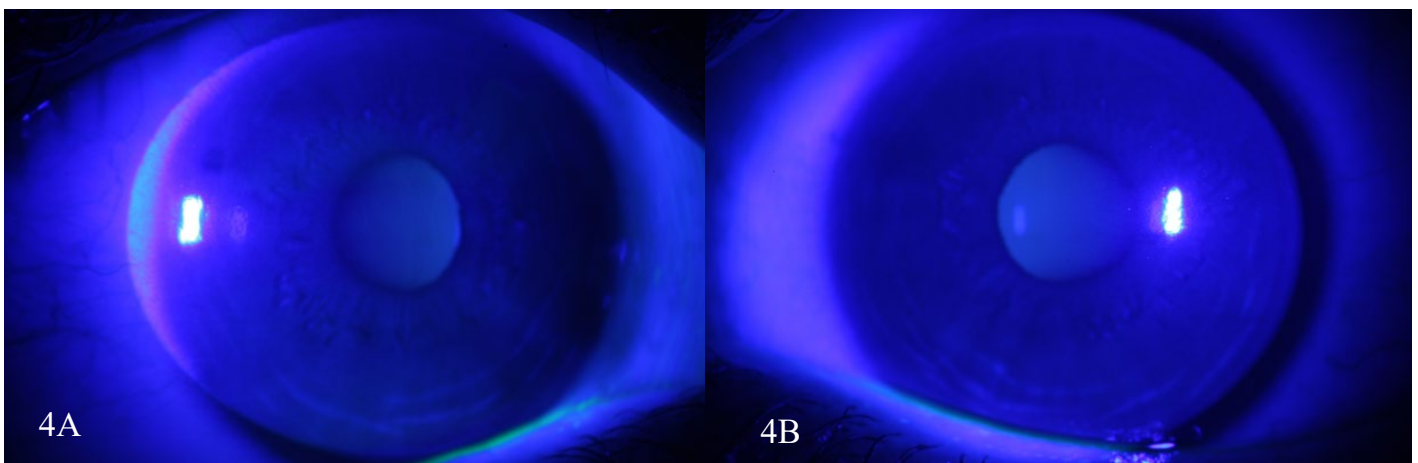


Figura 4. Imagen biomicroscópica con tinción fluoresceínica negativa tras tratamiento antiviral en ojo derecho (4A) y ojo izquierdo (4B).

Conclusión

La queratitis epitelial herpética suele debutar característicamente de forma unilateral como una lesión epitelial lineal con ramificaciones, de morfología dendrítica, con captación de fluoresceína positiva. A pesar de la identificación de las lesiones corneales dendritiformes típicas, la presentación infrecuente de la forma bilateral, como en el presente caso, obliga a ampliar el diagnóstico diferencial con otras causas de queratitis bilateral. La afectación bilateral ha sido descrita con anterioridad en paciente jóvenes con antecedentes de atopia o en estados de inmunodepresión⁷⁻⁸. En los últimos años, algunos autores han descrito la queratitis herpética bilateral tras inyecciones intravítreas bilaterales de bevacizumab en pacientes con degeneración macular exudativa¹¹, mientras que otros autores han comunicado casos tras tratamiento con *crosslinking* bilateral en pacientes con queratocono¹². Una anamnesis detallada de los antecedentes médicos es esencial para la orientación hacia un correcto diagnóstico.

El manejo terapéutico de la queratitis epitelial herpética bilateral se puede realizar con pomada oftálmica de aciclovir al 3% o ganciclovir gel al 0,15% cinco veces al día hasta la resolución de las lesiones y, posteriormente, tres veces al día durante una semana o bien trifluridina colirio al 1% nueve veces al día¹³. En casos de bilateralidad y atopia se recomienda pauta profiláctica con aciclovir oral dada la mayor probabilidad de presentación severa y duradera, efectuando seguimiento y vigilancia de la función renal².

En conclusión, la queratitis herpética bilateral debe ser considerada especialmente en pacientes jóvenes con atopia o inmunodeprimidos con tal de realizar un correcto diagnóstico diferencial y un buen manejo terapéutico evitando así las complicaciones derivadas de la enfermedad herpética ocular. Resulta fundamental establecer un seguimiento estrecho de estos pacientes dado que

la forma bilateral de la queratitis herpética puede presentarse de forma más severa y prolongada.

Bibliografía

1. Liensegang TJ. Herpes simplex virus epidemiology and ocular importance. *Cornea*. 2001;20:1-13.
2. Souza PM, Holland EJ, Huang AJ. Bilateral herpetic keratoconjunctivitis. *Ophthalmology*. 2003;110:493-6.
3. Wilhelmus KR, Coster DJ, Donovan HC, Falcon MG, Jones BR. Prognosis indicators of herpetic keratitis. Analysis of a five-year observation period after corneal ulceration. *Arch Ophthalmol*. 1981;99:1578-82.
4. Uchio E, Hatano H, Mitsui K, Sugita M, Okada K, Goto K, *et al*. A retrospective study of herpes simplex keratitis over the last 30 years. *Jpn J Ophthalmol*. 1994;38:196-201.
5. Liesegang TJ, Melton LJ, Daly PJ, Ilstrup DM. Epidemiology of ocular herpes simplex. Incidence in Rochester, Minn, 1950 through 1982. *Arch Ophthalmol*. 1989;107:1155-9.
6. Darougar S, Wishart MS, Viswalingam ND. Epidemiological and clinical features of primary herpes simplex virus ocular infection. *Br J Ophthalmol*. 1985;69:2-6.
7. Wilhelmus KR, Falcon MG, Jones BR. Bilateral herpetic keratitis. *Br J Ophthalmol*. 1981;65:385-7.
8. Pepose JS. External ocular herpes virus infections in immunodeficiency. *Curr Eye Res*. 1991;10:87-93.
9. Jhanji V, Chan TCY, Li EYM, Agarwal K, Vajpayee RB. Adenoviral keratoconjunctivitis. *Survey of Ophthalmology*. 2015;60(5):435-43.
10. Duszak RS. Diagnosis and management of Thygeson's superficial punctate keratitis. *Optometry. Journal of the American Optometric Association*, 2007;78(7):333-8.
11. Derhan AM, Chen E, Bunya VY, O'Malley RE. Bilateral herpetic keratitis after bilateral intravitreal bevacizumab for exudative macular degeneration. *Cornea*. 2017;0:1-2.
12. Sitaula S, Singh SK, Gurung A. Bilateral viral keratitis following corneal collagen crosslinking for progressive keratoconus. *Journal of ophthalmic inflammation and infection*. 2019;9:16.
13. White ML, Chodosh J. ONE Network [The Ophthalmic News & Education Network] American Academy of Ophthalmology; 2014. Herpes simplex virus keratitis: a treatment guideline - 2014.