

Uveítis anterior herpética. Diagnóstico clínico y tratamiento

Herpetic anterior uveitis. Clinic diagnosis and treatment

LOSADA CASTILLO MJ¹, SERRANO GARCÍA MA², PERERA SANZ D³,
MARTÍN BARRERA F¹, PAREJA RÍOS A¹, ALEMÁN VALS R⁴

RESUMEN

Objetivo: Destacar la importancia de un diagnóstico y tratamiento precoz en las uveítis anteriores herpéticas a partir de un patrón de presentación ocular característico.

Material y método: A partir de dos casos clínicos diferentes, con manejo terapéutico distinto se observa la evolución clínica de esta patología.

Conclusión: El diagnóstico de uveítis anterior aguda herpética es fundamentalmente clínico, como en otras uveítis infecciosas; por tanto se debe de establecer un tratamiento corticoideo y antiviral oral de forma precoz, siempre que existan características o patrón uveítico de herpes logrando así una disminución importante de las recidivas y por consiguiente un mejor pronóstico visual

Palabras clave: Iridociclitis, herpes virus, diagnóstico, aciclovir oral, tratamiento.

ABSTRACT

Purpose: To emphasize the importance of both an early diagnosis and treatment of anterior uveitis due to herpes virus taking into account its characteristic presentation pattern.

Methods: Two different clinical cases, managed in two different ways, show us the clinical course of this pathology.

Conclusions: The diagnosis of acute anterior uveitis due to herpes virus is fundamentally clinic, as happens in other infectious uveitis. Therefore we must treat these patients with an

Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Tenerife. España.

¹ Doctor en Medicina y Cirugía.

² Profesor de Oftalmología.

³ Médico Residente.

⁴ Doctor en Medicina y Cirugía. Servicio de Oftalmología y Medicina Interna Infecciosas.

Correspondencia:

Losada Castillo M.^a José

Servicio de Oftalmología Hospital Universitario

Ofra, s/n

38320 La Cuesta (La Laguna)

early corticosteroid and systemic antiviral treatment, whenever there is an herpes uveitis pattern, achieving thereby a considerable decrease in recurrences and therefore a better visual outcome.

Key words: Iridocyclitis, herpes virus, diagnosis, oral acyclovir, treatment.

INTRODUCCIÓN

La infección herpética está involucrada en la patogénesis de muchas enfermedades oculares entre las que se incluyen, queratitis, iridociclitis y necrosis retiniana aguda. El riesgo de infección herpética aumenta en inmunodeprimidos (1).

Las manifestaciones herpéticas oculares suelen tener unas características clínicas específicas que por sí solas orientan al diagnóstico. Es típica y muy frecuente la afectación corneal con úlcera dendrítica o infiltrados en el estroma, que a menudo recidiva. En ocasiones estos pacientes cursan con queratouveítis. Sin embargo, podemos encontrarnos con otra forma de presentación menos conocida aunque también frecuente, la cual consiste en una inflamación uveal unilateral aguda o crónica, con presencia de precipitados endoteliales difusos por toda la córnea, atrofia sectorial de iris y crisis hipertensiva ocular, sin antecedentes herpéticos conocidos, siendo este cuadro altamente sugestivo de Virus Herpes Simple o Varicela-Zoster. Aunque en estos casos de uveítis anterior habrá que descartar siempre cuadros mucho menos frecuentes como la Uveítis Heterocrómica de Fuchs y el Síndrome de Posner (crisis glaucomatociclíticas), así como causas como la Toxoplasmosis Aguda y la Sarcoidosis, que raramente pueden manifestarse como un patrón anterior unilateral granulomatoso con presión intraocular elevada.

Ante lo dicho anteriormente, se cree que tras una correcta anamnesis y exploración ocular completa, se puede hacer diagnóstico empírico de uveítis herpética e instaurar tratamiento corticoideo y midriático tópico, junto con fármacos antivirales orales los cuales reducirán la recurrencia de las crisis y su evolución hacia la cronicidad, mejorando el pronóstico del paciente y evitando complicaciones graves e irreversibles.

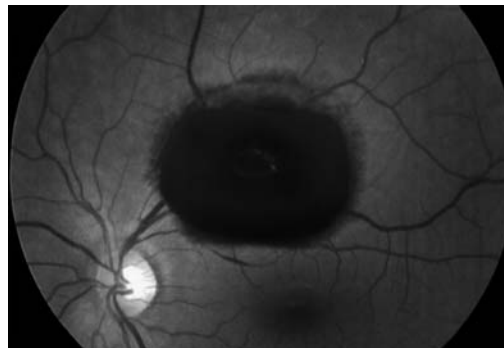
Presentamos dos casos clínicos donde se refleja la importancia del diagnóstico y tratamiento precoz en la uveítis anterior herpética.

CASOS CLÍNICOS

Caso clínico 1

Paciente varón de 36 años sin antecedentes familiares ni personales de interés que acude en abril de 2004 a urgencias por presentar ojo rojo y dolor en OS. En la exploración oftalmológica presenta una agudeza visual en ojo derecho de 0.9 y en ojo izquierdo de 0.4. Su motilidad extrínseca era normal, presentando una inyección periquerática intensa, precipitados endoteliales finos y difusos, tyndall ++, PIO de 46 mmHg y una hemorragia prerretiniana en arcada superior sin vitritis asociada. (fig. 1).

Se diagnostica de uveítis anterior aguda de OI y se instaura tratamiento midriático, corticoideo tópico y sistémico, así como tratamiento antihipertensivo ocular. Se solicita interconsulta al servicio de medicina interna, por la presencia de la gran hemorragia prerretiniana acompañante. La PIO se normaliza, el cuadro se estabiliza, y las pruebas sistémicas fueron todas negativas.



*Fig. 1:
Hemorragia
Prerretiniana
asociada
a uveítis anterior
aguda unilateral.*

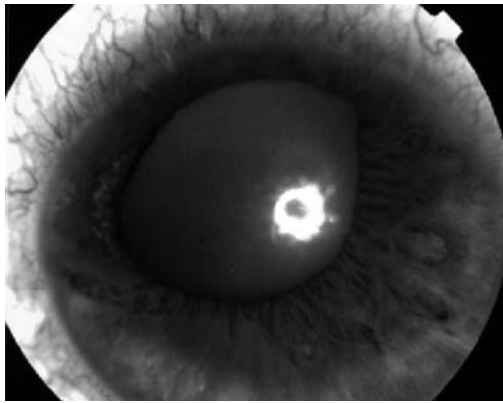


Fig. 2: Atrofia sectorial de iris y esfínter pupilar.

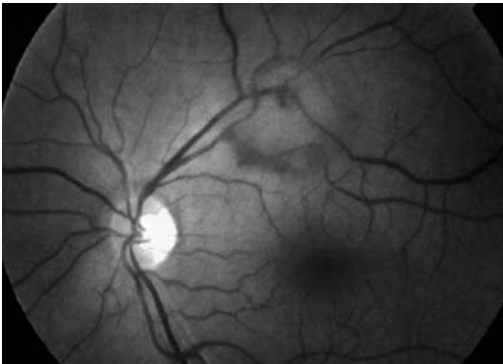


Fig. 3: Hemorragia retiniana en remisión.

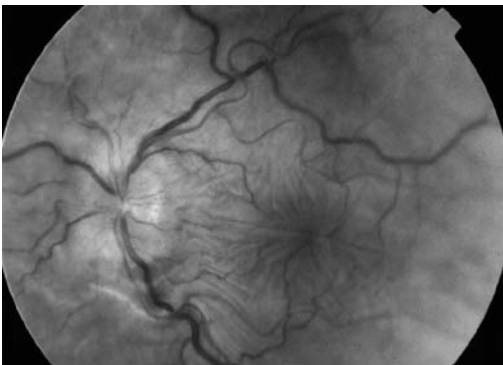


Fig. 4: Hipotensión Ocular Severa: edema papila, pliegues maculares y retinianos.

En agosto de 2004 acude de nuevo a urgencias por presentar fopsias en OS y se observa una hiperemia sin actividad en CA y se detecta una PIO de 44 mm de Hg en ese ojo. Además se ve que presenta una atrofia sectorial de iris y de esfínter pupilar (fig. 2). En el fondo de ojo la hemorragia estaba en fase de reabsorción (fig. 3). Se instaura nue-

vamente tratamiento antiinflamatorio tópico y sistémico, así como antihipertensivo ocular.

Dado el patrón unilateral recurrente asociado a precipitados queráticos difusos, atrofia iridiana y aumento de PIO, sin otros datos que sugieran etiología, se propone la extracción de una muestra de humor acuoso para cultivo y técnica de PCR para herpes virus. Estos estudios resultaron negativos, por lo que se continúa con pauta descendente de corticoides, estando el paciente estable en la revisiones posteriores con una agudeza visual de la unidad, depósitos endoteliales antiguos, sin actividad en CA, cierta opacidad capsular posterior de probable origen corticoideo, PIO controlada (12 mm Hg) sin tratamiento, y sin alteraciones en fondo de ojo.

Tras otros 2 nuevos brotes se controla nuevamente el cuadro, aunque en esta ocasión, y a pesar de tratamiento antihipertensivo máximo, presenta una PIO de 30 mmHg, por lo que se decide realizar, en marzo de 2006, una facotrabeulectomía en OS

Tras 1 semana de la cirugía, se presenta una hipotensión mantenida, a pesar de tener una cámara anterior amplia, sin seidel, y con una ampolla aplanada, no apreciándose desprendimiento coroideo en fondo de ojo. Ante esto se hace diagnóstico de probable desprendimiento de cuerpo ciliar por lo que se decide infiltración de corticoide subtenoniano y atropina tópica. Tras 10 días de tratamiento no se aprecian cambios sustanciales, presentando una agudeza visual de 0.3, PIO en 2-3 mm de Hg, apreciándose edema de papila y pliegues maculares y retinianos (fig. 4).

Se diagnostica de maculopatía hipotónica por un desprendimiento del cuerpo ciliar. Dado la gravedad del cuadro se decide realizar una vitrectomía posterior con hialoidectomía, crioterapia en pars plana en cada cuadrante e intercambio con SF6 20%. Además, se decide iniciar tratamiento sistémico con valaciclovir a dosis de 500 mg cada 12 horas de forma empírica.

Actualmente, y tras 8 meses, el paciente está controlado, no ha tenido nuevos brotes, presentando una agudeza visual de 0.8 y una PIO de 15 mm de Hg, manteniéndose el tratamiento con valaciclovir oral para evitar nuevas recurrencias (fig. 5).

Caso clínico 2

Paciente mujer de 39 años de edad sin antecedentes personales de interés, que es remitida desde otro centro con el diagnóstico de uveítis anterior aguda unilateral que no cede con tratamiento corticoideo tópico ni oral (2,5 meses). A la exploración se observan precipitados queráticos difusos pigmentados, atrofia sectorial de iris y esfínter pupilar y un aumento de la PIO a pesar de estar en tratamiento hipotensor (fig. 6).

Ante la anamnesis y el patrón de presentación se hace diagnóstico empírico de uveítis anterior herpética y se añade a su tratamiento tópico Valaciclovir 500 mg/12 horas, desapareciendo los precipitados queráticos y normalizándose la PIO con un solo hipotensor al mes de iniciar el tratamiento (fig. 7).

DISCUSIÓN

Las enfermedades infecciosas junto a las autoinmunes son un grupo importante de la etiología uveal. Dentro de las enfermedades infecciosas, las víricas relacionadas con el grupo de Virus Herpes I, II y Varicela-Zoster son muy frecuentes. La importancia de esto radica en que en muchos casos tienen tratamiento específico y su desconocimiento comporta una actitud terapéutica errónea, lo cual conlleva a veces a complicaciones graves para la función visual del paciente, (2) como hemos visto en nuestro primer caso clínico.

La existencia de una uveítis anterior aguda hipertensiva nos hará pensar en dicha entidad clínica y si además hay alteraciones del fondo de ojo como edema de papila, vasculitis periférica o vitritis se deberán descartar otras causas y en muchas ocasiones hacer una toma de muestras para PCR. Decir que en nuestro primer paciente ésta fue negativa, pero hay que tener en cuenta que a veces la toma de la muestra es deficiente, además conocemos por cuando se realiza esta técnica en el contexto de una endoftalmitis, que puede existir un porcentaje de falsos negativos.

La infección es generalmente una reactivación del virus, lo cual ocurre con más frecuencia en personas mayores (3). Se plantea

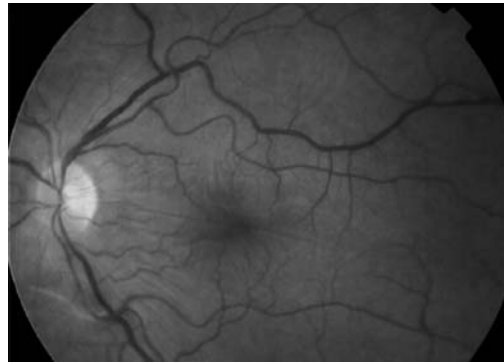


Fig. 5: Aspecto actual del fondo de ojo.

que la uveítis anterior puede ser el resultado de oclusiones vasculares e isquemia (vasculitis isquémica) según estudios histológicos, de ahí que clínicamente se asocie con áreas de atrofia de iris (4).

Entre las entidades que tenemos que tener en cuenta al hora de hacer el diagnóstico diferencial tenemos la Heterocromía de Fuchs la cual cursa también con depósitos queráticos difusos, pero estos suelen ser muy finos y casi cristalinos, además las atrofas de iris cursan con una disposición radial que se

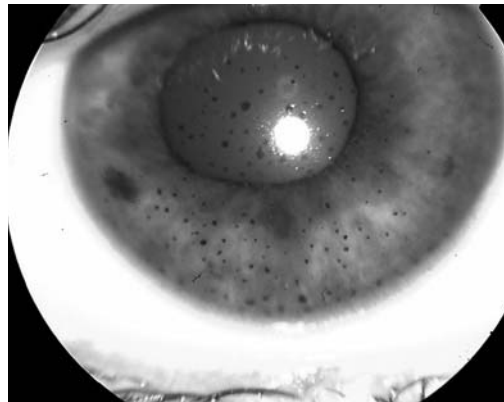


Fig. 6: PKs difusos pigmentados, atrofia sectorial de iris y esfínter pupilar.

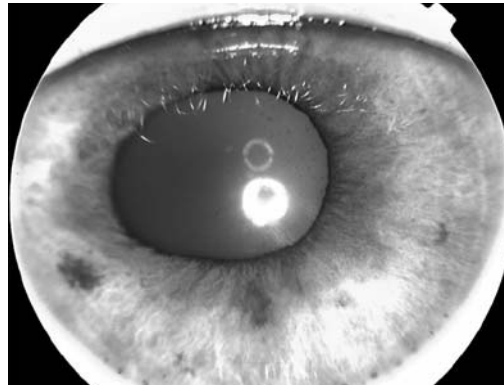


Fig. 7: Aspecto biomicroscópico a los 21 días de iniciar tratamiento con Valaciclovir.

observa por transiluminación, también presentan hipertensión y el ojo afecto suele ser más hipocrómico que el normal. La otra entidad ocular que cursa con uveítis anterior hipertensiva es el Posner, donde se observa disminución de agudeza visual, visión de halos por edema corneal y tyndall leve con 1 solo depósito endotelial centinela; estos pacientes no suelen tener dolor ni ojo rojo muy evidente.

Por tanto descartado todo lo anterior y ante una uveítis anterior unilateral generalmente granulomatosa hipertensiva creemos se puede comenzar el tratamiento empírico. Los corticoides tópicos concomitantes con los antivirales reducen el grado de inflamación y las secuelas debido a la reducción de la inflamación y a una evolución más corta. Los corticoides, junto a antivirales están indicados para tratar las formas profundas (estromales y endoteliales del herpes simplex). Reducen las secuelas al reducir la cicatrización, las goniosinequias, cataratas y glaucomas. Debe siempre administrarse la menor dosis posible que logre la no aparición de signos de inflamación. En pacientes con inflamación severa, endotelítis, uveítis, los corticoides orales están indicados. Siempre que se usen corticoides debe cubrirse con antivirales. Algunos investigadores han publicado que el dar corticoides, hace más susceptibles a estos pacientes a repeticiones virales futuras (5-9).

La causa primaria de las uveítis herpéticas es la respuesta inmune, por lo cual son indicación de corticoides. Deben usarse tópicos y si el cuadro es muy severo, oral. En nuestro primer paciente se ha utilizado tratamiento corticoideo tópico y oral, pero al no tener confirmación de virus herpes no se instaura tratamiento antiviral con lo que las múltiples crisis llevaron a complicaciones tan graves como glaucoma refractario, catarata y fracaso del cuerpo ciliar lo cual pudo haberle llevado a consecuencias irreversibles. Sólo cuando se introduce el Valaciclovir se logra una remisión del cuadro.

El tratamiento antiviral debe dejarse durante meses para evitar las recurrencias,

según propone como propone el estudio HEDS (estudio científico de EEUU y controlado por el Instituto Nacional del Ojo).

CONCLUSIÓN

En las uveítis herpéticas, y dentro de ellas las anteriores el diagnóstico es esencialmente clínico, por lo que consideramos que después de una anamnesis dirigida y estudio ocular minucioso para descartar otras causas, se puede iniciar el tratamiento precoz antiinflamatorio y antiviral oral. Con ello se logrará remisión del cuadro y disminución de las recidivas, por tanto se mejora el pronóstico visual del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nussenblatt RB, Whitcup SM, Palestine AG. Other Viral Disease. En: Uveitis fundamentals practice 2ª Ed. Mosby 1996; p 207.
2. Uveítis y las enfermedades infecciosas. *Annals d'Oftalmología* 2004; 12(5): 265-269.
3. Chatzistefanou-K, Markomichelakis NN, Cristen W, Soheilian M, Foster CS. Characteristics of uveitis presenting for the first time in the elderly. *Ophthalmology* 1998; 105: 347-352.
4. Schaler S, Garweg JG, Russ C, Böhneke M. Diagnosis of Herpetic uveitis and Keratouveitis. *Klin Monatsbl Augenheilkd* 1998; 12 (5): 265-269.
5. Barron Baet al. Herpetic eye disease Study, a controlled trial of acyclovir for herpes simplex stromal keratitis, *Ophthalmology* 101: 1871-1882, 1994.
6. Schaw IR : Oral acyclovir in the management of herpes simplex ocular infections, *Ophthalmology* 95: 423-430, 1988.
7. The Herpetic Eye Study Group: A controlled trial of oral acyclovir for iridocyclitis caused by herpes simplex virus, *Arch Ophthalmol* 114: 1065-1072, 1996.
8. The Herpetic Eye Study Group: Oral Acyclovir for Herpes Simplex eye diseases: effect on prevention of epithelial keratitis and stromal keratitis, *Arch Ophthalmol* 118: 1030-1036, 2000.
9. The Herpetic Eye Study Group: Acyclovir for the prevention of recurrent Herpes simplex eye disease, *N Engl J M* 339: 300-306, 1998.