



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/2587 - Uveítis anterior secundaria a queratitis herpética: un ojo rojo persistente

L. Sambrana Iglesias^a, R. Yuste Ballesta^b, S. Martínez Pagán^c, L. Simón Sánchez^d, T. Ricart Pena^e, F. Alcázar Manzanera^f y M. D'Lacoste Farré^g

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alcantarilla. Murcia. ^bMédico Residente de 4º año de Oftalmología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ^cMédico Adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palmar. Murcia. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Ñora. Murcia. ^eMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia-San Andrés. Murcia. ^fMédico de Familia. Centro de Salud Barrio Peral. Cartagena. Murcia. ^gMédico de Familia. Centro de Salud Sant Ildefons. Cornellà. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 27 años que acude a la consulta de atención primaria consultando por dolor, hiperemia y disminución de agudeza visual (AV) de ojo derecho (OD) de dos días de evolución. Niega traumatismo previo, secreciones y cefalea. Presentaba como antecedentes personales de interés la alergia a amoxicilina y rinitis alérgica a gramíneas. La exploración con luz blanca revelaba hiperemia periquerática y alteración de la transparencia corneal en polo superior. Tras teñir con fluoresceína se apreció una lesión ulcerosa de morfología dendrítica que nos hizo sospechar de infección herpética, por lo que derivamos a puerta de urgencias para valoración oftalmológica. Se confirmó la sospecha de queratitis herpética por lo que se pautó tratamiento tópico con pomada oftalmológica aciclovir y colirio ciclopéjico y aciclovir oral. A las 48 horas acude de nuevo a nuestra consulta, según cita previa, refiriendo fotofobia muy intensa, persistencia de la hiperemia conjuntival y modificación del dolor. A la exploración se aprecia área leucomatosa algo mayor y menor transparencia corneal general, aunque la tinción fluo (+) es menor. Se decide mandar de nuevo a puerta de urgencias, donde tras valoración oftalmológica se diagnostica de querato-uveítis herpética. Se le pauta corticoterapia tópica con resolución del cuadro en 2 semanas. Actualmente presenta buena AV.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración oftalmológica (primera visita): AV: OD: 0,5 con estenopeico no mejora (CENM). Ojo izquierdo (OI): 1. Presión intraocular OD: 16 mmHg. Biomicroscopia OD: erosión dendritiforme que se extiende de 3 a 9 horas, hiperemia conjuntival difusa, no secreciones, no tyndall. Exploración oftalmológica (segunda visita): AV: OD: 0,5 CENM. OI: 1. PIO OD: 25 mmHg. Biomicroscopia OD: edema corneal, lesión herpética de menor tamaño, tyndall (++/++), precipitados retroqueráticos.

Juicio clínico: Queratouveítis herpética de OD.

Diagnóstico diferencial: Uveítis anterior, absceso corneal bacteriano, absceso corneal micótico, glaucoma agudo de ángulo abierto.

Comentario final: El uso de corticoides tópicos debe ser empleado con cautela en atención primaria debido al riesgo que su empleo conlleva. La sospecha de queratitis herpética contraindica rotundamente su uso. La queratouveítis sin embargo, es una reacción inmunitaria del polo anterior que aparece en ocasiones ante la

presencia del virus; solo desaparecerá con el tratamiento corticoideo. Ante un cuadro de queratitis herpética que no mejora con tratamiento antiviral debemos sospechar de su evolución a un cuadro uveítico. En dicho caso, debe realizarse cobertura antiviral durante las 48 horas previas. La correcta anamnesis y exploración oftalmológica permite al médico de familia sospechar de la presencia de queratitis herpética. Debe conocerse su curso, tratamiento y posibles complicaciones para evitar la yatrogenia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martín-Escuer B, Cordero-Coma M, Pérez-Díez E, Garzo-García I, Valverde-Romero E. Queratouveítis herpética bilateral en paciente inmunocompetente. Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología, Vol 90(1):30-2.
2. Quintana R, Conte I, Sainz de la Maza Serra MT, Adán Civera A, Verges Roger C, Pita Salorio D. Queratouveítis herpética (HSV). Consideraciones patogénicas. Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología, 1987;LII(3):223-8.