

CARTA CLÍNICA

Conjuntivitis hemorrágica aguda como manifestación ocular en un caso de infección por sarampión pese a vacunación adecuada

Acute hemorrhagic conjunctivitis in measles infection despite full vaccination

Introducción

El sarampión es una enfermedad viral altamente contagiosa, de transmisión aérea. A pesar de disponer de una vacuna segura y económica, sigue siendo una de las principales causas de morbilidad infantil a nivel mundial. La OMS estima que aproximadamente 136.000 personas, predominantemente niños menores de cinco años, padecieron sarampión en 2022¹.

Antes de la introducción de la vacuna en 1963 y la implementación de programas de vacunación masiva, las epidemias de sarampión ocurrían cada dos o tres años, causando alrededor de 2,6 millones de muertes anuales. Entre 2000 y 2022 la vacunación contra el sarampión previno unos 57 millones de muertes².

En España, la incidencia anual de sarampión es inferior a 1 caso por cada 100.000 habitantes. Sin embargo, mientras se avanza hacia la eliminación del sarampión, se observa un aumento de casos en personas vacunadas con dos dosis. La presentación clínica de estos casos suele ser menos grave y con menor capacidad de transmisión. Según datos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, entre 2014 y 2018 el 12,6% de los casos confirmados de sarampión habían recibido al menos dos dosis de la vacuna³.

El sarampión comienza con una fase prodrómica de 2 a 4 días, caracterizada por fiebre y al menos uno de los siguientes síntomas: tos, rinitis o conjuntivitis. Entre 2 y 4 días después aparece el característico exantema maculopapular eritematoso, que comienza en la cara y en la cabeza y se extiende al tronco y a las extremidades, pudiendo confluir en la cara y la parte superior del cuerpo. La erupción desaparece en el orden en que apareció, y en casos no complicados la recuperación completa ocurre aproximadamente 7 días después. Las manchas de Koplik, que son pequeñas placas blanquecinas o azuladas en la mucosa bucal, se presentan en hasta el 70% de los casos y son consideradas patognomónicas del sarampión. Estas manchas pueden aparecer 1 o 2 días antes de

la erupción y persistir durante 1 o 2 días después de su desaparición⁴.

Aunque el sarampión suele ser autolimitado y confiere inmunidad de por vida, ocasionalmente puede llevar a complicaciones neurológicas graves⁵.

A nivel oftalmológico, durante la fase prodrómica el sarampión puede provocar conjuntivitis con hiperemia bulbar y tarsal, reacción papilar y secreciones mucosas. Aunque la conjuntivitis no es exclusiva del sarampión, puede sugerir el diagnóstico temprano y se observa en la mitad de los casos sin necesidad de instrumental oftalmológico⁶.

La afectación corneal varía desde queratitis punteada superficial hasta condiciones graves, como ulceración corneal y perforación. También se han reportado casos de coriorretinitis y oclusiones de la vena central de la retina, e incluso neuritis óptica, atrofia óptica, vasculitis retiniana y alteraciones maculares y coriorretinianas⁵.

Las complicaciones oculares son comunes en la panencefalitis esclerosante subaguda, ocurriendo en aproximadamente la mitad de los pacientes afectados. Estas pueden preceder, seguir o aparecer simultáneamente a los síntomas neurológicos, frecuentemente involucrando el segmento posterior, el nervio óptico y las estructuras del sistema nervioso central asociadas con la visión. Los síntomas incluyen reducción de la agudeza visual, ceguera transitoria, defectos homónimos del campo visual, percepción espacial anormal, alucinaciones visuales, nistagmo y ceguera cortical⁵.

Por otra parte, existe una fuerte sinergia entre el sarampión y la deficiencia de vitamina A, que puede provocar xeroftalmia, caracterizada por úlceras corneales, queratomalacia y posterior cicatrización corneal o *ptisis bulbi*. Aumentar la cobertura de vacunación y promover iniciativas para mejorar la nutrición con vitamina A son estrategias clave para prevenir la ceguera relacionada con el sarampión en países en vías de desarrollo⁷.

Caso clínico

Se presenta un paciente varón de 18 años, sin antecedentes patológicos significativos, que refiere correcta vacunación en la infancia. Niega contacto con enfermedades exantemáticas, pero menciona un viaje reciente a Rumanía. Presenta un cuadro de 5-6 días de evolución con tos, rinorrea, odinofagia y fiebre hasta 39 °C, seguido de un exantema cutáneo. Ante la sospecha de sarampión, se ingresa al paciente con aislamiento de contacto/gotas.

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2025.102472>

1138-3593/© 2025 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

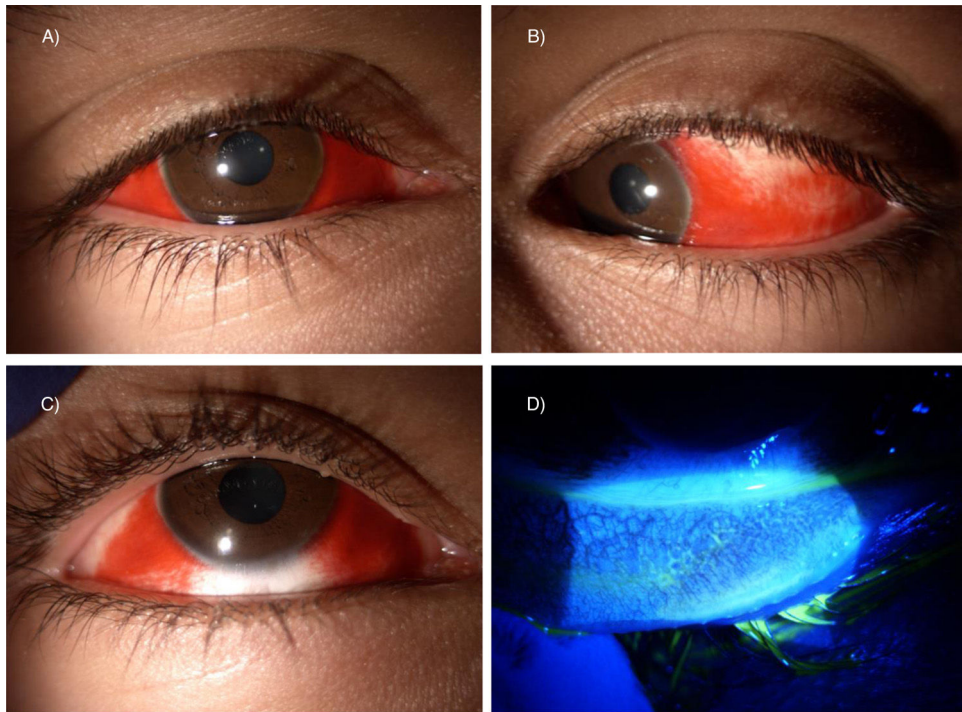


Figura 1 Manifestaciones oculares por sarampión: conjuntivitis hemorrágica bilateral. A-C) Hiposfagmas no globulosos de predominio nasal y temporal. D) Reacción folicular subtarsal inferior.



Figura 2 Evolución de las manifestaciones oculares en contexto de infección por sarampión. A) Conjuntivitis hemorrágica en ambos ojos. B) Veinte días más tarde, resolución de la afectación ocular.

El paciente muestra un exantema maculopapuloso, no pruriginoso, de predominio facial que se extiende al tronco, así como manchas blanquecinas en la mucosa oral y conjuntivitis. Las pruebas serológicas confirman el diagnóstico de

sarampión (IgM positiva, IgG negativa) y se realiza PCR de sarampión en frotis faríngeo, que también resulta positivo.

Desde el inicio de los síntomas sistémicos presentó sensación de cuerpo extraño, fotofobia y ojo rojo. La exploración

oftalmológica reveló conjuntiva hiperémica con múltiples hiposfagmas en ambos ojos, reacción folicular intensa y secreción (fig. 1). La córnea estaba transparente y la tinción con fluoresceína fue negativa, descartando queratitis. La cámara anterior estaba formada sin presencia de células. Se diagnosticó conjuntivitis hemorrágica bilateral por sarampión y se inició tratamiento con lágrimas artificiales y pomada oftálmica de cloranfenicol.

Después de observar mejoría en los síntomas sistémicos, el paciente fue dado de alta con tratamiento sintomático. Una semana después regresó con leve sensación de cuerpo extraño, agudeza visual de 0,8 en el ojo derecho y 1 en el izquierdo, conjuntiva hiperémica y reacción folicular disminuida, por lo que se continuó tratamiento con lágrimas artificiales.

Dos semanas después, los síntomas oculares se resolvieron completamente, con agudeza visual de 0,9 en el ojo derecho y 1 en el izquierdo. La conjuntiva estaba normocoloreada y sin reacción folicular (fig. 2). El paciente fue dado de alta.

Discusión

En países en desarrollo, donde la incidencia del sarampión es más alta, especialmente en niños menores de 5 años, sigue siendo un desafío su diagnóstico y tratamiento temprano para prevenir las complicaciones severas del virus. A nivel oftalmológico, el sarampión continúa siendo una de las causas prevenibles de ceguera infantil.

En países desarrollados, la vacunación ha reducido considerablemente su incidencia. Sin embargo, el porcentaje de casos en personas vacunadas ha aumentado recientemente.

Siendo escasa la literatura disponible acerca de las manifestaciones oculares por sarampión, este artículo documenta un caso de conjuntivitis hemorrágica por afectación de este virus, destacando la importancia de reconocer los síntomas oculares, que pueden preceder a los respiratorios y dermatológicos, siendo cruciales para el diagnóstico precoz.

Aunque la conjuntivitis suele ser autolimitada, es esencial el seguimiento para prevenir complicaciones graves, como úlceras corneales y afectación del polo posterior.

Consideraciones éticas

Se ha contado con el consentimiento de los pacientes y/o se han seguido los protocolos de los centro de trabajo sobre tratamiento de la información de los pacientes y se cuenta con su autorización para el uso de las imágenes.

Bibliografía

1. Minta AA, Ferrari M, Antoni S, Portnoy A, Sbarra A, Lambert B, et al. Progress toward measles elimination — Worldwide, 2000–2022. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2023;72:1262–8, <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7246a3>.
2. World Health Organization. Measles vaccines: WHO position paper. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2017. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/who-wer9217-205-227>
3. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Plan estratégico para la eliminación del sarampión y la rubeola en España. Ministerio de Sanidad; 2021. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/sarampion-rubeola/docs/PlanEstrategico_SarampionyRubeola.pdf
4. Strebel P, Orenstein W. Measles. *N Engl J Med.* 2019;381:349–57, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMcp1905181>.
5. Scalabrin S, Becco A, Vitale A, Nuzzi R. Ocular effects caused by viral infections and corresponding vaccines: An overview of varicella zoster virus, measles virus, influenza viruses, hepatitis B virus, and SARS-CoV-2. *Front Med (Lausanne).* 2022;26:999251, <http://dx.doi.org/10.3389/fmed.2022.1081686>.
6. Végh M, Hári-Kovács A, Roth HW, Facskó A. Ophthalmological symptoms of measles and their treatment. *Orv Hetil.* 2017;158:1523–7, <http://dx.doi.org/10.1556/650.2017.30852>.
7. Semba RD, Bloem MW. Measles blindness. *Surv Ophthalmol.* 2004;49:243–55, <http://dx.doi.org/10.1016/j.survophthal.2003.12.005>.

R. García Risco*, P. Buck Espel, A. Arnaiz Camacho, P. García Valentín y M.A. Zapata Victori

Oftalmología, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rocio.garcia@vallhebron.cat (R. García Risco).