

Conjuntivitis aguda causada por el virus respiratorio sincitial grupo A



Acute conjunctivitis caused by respiratory Syncytial virus A group

Sr. Director:

La conjuntivitis vírica aguda es una entidad que afecta a la población general. Generalmente está causada por el adenovirus (85%), aunque se han descrito otros virus menos frecuentes como los enterovirus (conjuntivitis hemorrágica, serotipo 70 y Coxsackievirus A24), el virus gripal tipo A y el herpes simple. En la mayoría de las ocasiones se asocian a un cuadro respiratorio previo o simultáneo que afecta al tracto respiratorio superior¹.

En la población infantil la conjuntivitis bacteriana es más frecuente que la vírica, especialmente en la población lactante, a pesar de que presentan una mayor incidencia de infecciones víricas respiratorias¹. En esta población los virus responsables pueden ser los mismos que en la población general, pero en ocasiones pueden detectarse otros poco frecuentes^{1,2}.

Presentamos 7 casos independientes de conjuntivitis aguda causados por el virus respiratorio sincitial (VRS) en menores de 6 meses de edad.

Desde enero de 2013 hasta diciembre de 2014 se han estudiado 31 frotis conjuntivales de pacientes con edad inferior a 6 meses con sospecha clínica de presentar una conjuntivitis vírica (secreción, lesiones foliculares, enrojecimiento, lagrimeo).

Cada una de las muestras fue sometida a la detección de los diferentes virus respiratorios causantes de las mismas, mediante una RT-PCR comercial en tiempo real (Anyplex RV16, Seegen, Corea del Sur). Asimismo fueron sembradas en shell-vials de la línea celular Vero (Vircell, Granada, España) para el aislamiento del virus herpes simple tipo 1 y tipo 2. Además a todos los pacientes se les tomó un aspirado nasofaríngeo, presentaron o no sintomatología respiratoria, que fue sometido a la misma técnica molecular de amplificación vírica.

Durante el período de estudio se pudieron diagnosticar 561 niños con infección por el VRS. En los frotis conjuntivales procesados pudieron detectarse 7 VRS grupo A (22,5%) y un adenovirus (3,2%); todos fueron negativos a los herpesvirus y a los cultivos bacteriológicos. La incidencia de conjuntivitis por VRS ha sido del 1,2%. Todos los casos se produjeron entre los meses de enero y febrero. De ellos 4 eran niños (57,1%) y 3 niñas (42,9%); las edades de los pacientes estaban comprendidas entre 1-4 meses. Todos los pacientes presentaron de forma simultánea sintomatología respiratoria aguda, pero en 2 (28,5%) de ellos no pudo detectarse el VRS en la muestra respiratoria, a pesar de que se realizó una segunda toma. En 5 casos la conjuntivitis afectó a un solo ojo (71,4%) y en 2 casos fue bilateral (28,5%). Los pacientes evolucionaron bien sin complicaciones y ninguno de ellos precisó de ingreso hospitalario. Tan solo se realizaron lavados de suero fisiológico y medidas higiénicas.

El VRS es el principal virus causante de las infecciones respiratorias agudas que se presentan en la población lactante durante los meses de invierno. La bronquiolitis aguda es la principal dolencia causada por este virus en esta población, pero también se le ha implicado en otras enfermedades del tracto respiratorio superior e inferior^{2,3}. Entre las enfermedades no respiratorias, la conjuntivitis es una entidad muy poco frecuente, probablemente debido a que no se realiza una búsqueda sistemática del VRS o a la inespecificidad clínica de la misma^{3,4}. En nuestro caso, al disponer de una tecnología molecular que facilita el diagnóstico de estas muestras hemos podido conocer su etiología.

Todos los casos se produjeron durante las epidemias invernales de VRS (época de mayor incidencia). En los casos en los que pudo detectarse el VRS en la conjuntiva y el tracto respiratorio superior, podría pensarse, desde el punto de vista patogénico, en un proceso de autoinoculación (infección secundaria) a través de los propios dedos contaminados del paciente o que la infección vírica se haya iniciado previamente en el saco conjuntival y haya progresado al tracto respiratorio. Es posible que el proceso haya sido el inverso, de las fosas nasales a la conjuntiva, pero no hay datos experimentales que lo hayan confirmado. En la mayoría de los pacientes la sintomatología respiratoria y la ocular aparecieron de forma simultánea, al menos así era referido por el familiar acompañante.

En aquellos 2 pacientes con ausencia de VRS en la muestra respiratoria podría pensarse en una conjuntivitis primaria adquirida por el contacto con otro paciente infectado. En ninguno de ellos se detectó otro virus respiratorio, se presentaron con conjuntivitis bilateral y no habían recibido ningún tratamiento tópico por otra causa conjuntival. No constan datos acerca de la convivencia con otros hermanos o personas con sintomatología previa que pudiera suponer un contacto intrafamiliar, pero ambos casos asistían regularmente a la guardería con niños de su misma edad.

Algunos estudios experimentales en modelos animales y humanos han demostrado que la instilación de una suspensión del VRS en el saco conjuntival comporta en la mayoría de las ocasiones tanto conjuntivitis aguda sintomática como sintomatología del tracto respiratorio. De este modo, debe aceptarse que el VRS puede acceder al tracto respiratorio superior y al parénquima pulmonar a través del conducto lacrimal o nasolacrimal⁵⁻⁷.

El VRS está reconocido como posible causante de rinitis y conjuntivitis alérgicas, detectándose en algunos estudios en cerca del 40% de la población menor de un año^{1,8}; sin embargo apenas se ha descrito asociado a conjuntivitis aguda¹. Creemos que durante la temporada invernal de predominio del VRS en la población lactante, debería investigarse la presencia de este virus en la conjuntiva de los pacientes que presenten algún tipo de manifestación ocular¹.

La posible presencia del VRS en el saco conjuntival debería tenerse presente a la hora de realizar el aislamiento (por contacto) de este tipo de pacientes, especialmente en las unidades de neonatos, ya que podría ser una fácil fuente de transmisión interpersonal.

Bibliografía

1. Azari AA, Barney NP. Conjunctivitis: A systematic review of diagnosis and treatment. *JAMA.* 2013;310:1721–9.
2. Díez-Domingo J, Pérez-Yarza EG, Melero JA, Sánchez-Luna M, Aguilar MD, Blasco AJ, et al. Social, economic and health impact of the respiratory syncytial virus: A systematic research. *BMC Infect Dis.* 2014;14:544.
3. Grenough A. Respiratory syncytial virus infection: Clinical features, management and prophylaxis. *Curr Opin Pulm Med.* 2002;8:214–7.
4. Tregoning JS, Schwarze J. Respiratory viral infections in infants: Causes, clinical symptoms, virology, and immunology. *Clin Microbiol Rev.* 2010;23:74–98.
5. Belsler JA, Rota PA, Tumpey TM. Ocular tropism of respiratory viruses. *Microbiol Mol Biol Rev.* 2013;77:144–56.
6. Hall CB, Douglas RG, Schnabel KC, Geiman JM. Infectivity of respiratory syncytial virus by various routes of inoculation. *Infect Immun.* 1981;33:779–83.
7. Bitko V, Musiyenko A, Barik S. Viral infection of the lungs through the eye. *J Virol.* 2007;783–90.
8. Fujishima H, Okamoto Y, Saito L, Tsubota K. Respiratory syncytial virus and allergic conjunctivitis. *J Allergy Clin Immunol.* 1995;95:663–7.

Antonio Iñigo^a, Jordi Reina^{a,*} y Francesc Ferrés^b

^a Unidad de Virología, Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España

^b Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jorge.reina@ssib.es (J. Reina).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2015.02.007>