

Título: HERPES ZOSTER OFTÁLMICO.

Autores:

DrC. Miguel Omar Mokey Castellanos

Especialista de 2º Grado en Oftalmología. Doctor en Ciencias Médicas.
Profesor Titular.

Dra. Yanisey Ponce Torres.

Especialista de 1er. Grado en Oftalmología. Especialista de 1er. Grado en
Medicina General Integral. Profesora Asistente.

Dra. Aylín Espinosa Gómez

Especialista de 1er. Grado de Oftalmología. Especialista de 1er. Grado en
Medicina General Integral.

Servicio de Oftalmología

Email: oftalc@hha.sld.cu

Introducción.

Herpes Zoster es la entidad clínica causada por la reactivación dermatómica del virus de la varicela zoster (VVZ), latente en el ganglio sensorial, meses o años después de la infección primaria cutánea.

Herpes Zoster oftálmico (HZO) es el término usado para describir la reactivación del virus desde el ganglio trigeminal con afectación ocular. Es una afección frecuente en nuestras consultas y generalmente la observamos en pacientes con algún tipo de inmunosupresión. Aunque existen medios diagnósticos específicos para el virus, sigue siendo la clínica la principal arma que nos delata su presencia y por la que nos guiamos los oftalmólogos.

Aparece de múltiples formas, desde manifestaciones leves sin secuelas hasta complicaciones que llevan a pérdida parcial o total de visión.

Objetivos:

1. Profundizar conocimientos sobre la base clínico-epidemiológica de la enfermedad.
2. Establecer un diagnóstico rápido y preciso de la misma.
3. Tratar correctamente según los criterios diagnósticos y clasificación.

Desarrollo.

Criterios diagnósticos

Diagnóstico clínico:

- Historia: antecedentes de episodios previos de: herpes zoster, inmunodepresión, VIH/SIDA.
- **Síntomas:** Dolor cutáneo quemante, fiebre, malestar general, visión borrosa, cefalea, disestesias o hiperestesias, prurito, dolor ocular y ojo rojo.
- **Signo Crítico:** Erupción vesicular aguda en la piel que inerva la primera división del quinto par craneal. Es unilateral respetando la línea media y no afecta el párpado inferior. La presencia de vesículas en un lado de la punta de la nariz (Signo de Hutchinson) es un signo predictivo de alto riesgo de afectación ocular.
- **Otros signos:** la afectación ocular es variada
- La erupción vesicular de párpados puede conducir secundariamente a:
 - Infección bacteriana

- Cicatrización
- Muecas de los bordes palpebrales
- Pérdida de pestañas
- Triquiasis
- Ectropion o entropion cicatrizal
- Cicatrización y oclusión de los puntos lagrimales o canaliculos.
- Madarosis y poliosis

Biomicroscopía del segmento anterior en lámpara de hendidura con tinción de fluoresceína y Rosa de Bengala en busca de:

- **Conjuntivitis:** los cambios en la conjuntiva pueden incluir reacción papilar o folicular, hiperemia crónica y/o formación de pseudomembranas.
- **Escleritis o epiescleritis** que puede ser nodular, zonal o difusa.
- **Queratitis epitelial puntiforme:** la manifestación corneal inicial es una queratitis epitelial puntiforme gruesa con células epiteliales inflamadas en forma de manchas, son generalmente periféricas, múltiples, pequeñas y focales. Tiñen con Rosa de Bengala. Se acompañan por lo general de conjuntivitis.
- **Pseudodendritas:** lesiones dendríticas o en forma de estrellas múltiples de células epiteliales edematosas, elevadas. Típicamente encontradas en la periferia corneal y probablemente representen la coalescencia de una queratitis epitelial puntiforme previa.
- **Infiltrado estromal anterior:** Manchas múltiples o aisladas de opacidad granular justo bajo la capa de Bowman, ocurre aproximadamente a los 10 días. Frecuentemente se encuentran bajo las lesiones epiteliales previas.

- **Queratouveitis/ Endotelitis:** repentino comienzo de pliegues de la Descemet (difusos o localizados) y subsecuente edema estromal y epitelial con precipitados retroqueráticos subyacentes puede ocurrir alrededor de una semana del comienzo de la enfermedad. puede ocurrir glaucoma secundario en asociación con la inflamación.
- **Ulceración serpiginosa:** adelgazamiento corneal periférico creciente con una base blanco-grisácea, puede ocurrir en asociación con vascularización o con progresión a la perforación.
- **Escleroqueratitis:** una extensión de la escleritis a la córnea, creando una queratitis vascular limbar, puede ocurrir aproximadamente al mes del comienzo del HZO.
- **Placas mucosas corneales:** ocurren muchos meses después del comienzo del HZO en un ojo quieto o con una queratitis con actividad mínima. Estas placas ocurren repentinamente como lesiones ramificadas abultadas de aspecto blanco-grisáceo, de tamaño variable en la superficie de células epiteliales edematosas. Tienen con rosa de Bengala pero escasamente con fluoresceína.
- **Queratitis disciforme:** área en forma de disco de edema estromal y epitelial con precipitados retroqueráticos. Aparece meses después del HZO agudo.
- **Queratopatía neurotrófica:** representa una disminución de la sensibilidad corneal con pérdida de la integridad epitelial. Se observa como un defecto epitelial oval, horizontal, que evoluciona hacia una úlcera estroma, generalmente en la porción inferior de la cornea.

- **Queratopatía por exposición:** es causada por cambios cicatrizales de los párpados como resultado del HZO, que producen desecación corneal.
- **Queratitis intersticial/Queratopatía lipídica:** esta queratitis intersticial característicamente es paracentral o periférica con una rama vascular. Puede progresar hasta causar una opacificación corneal completa, con cicatrización corneal significativa, vascularización y depósito de lípidos.
- **Edema corneal:** por descompensación endotelial puede ser temporal o permanente sin cicatrización ni vascularización.

Evaluación sistémica integral del paciente en busca de inmuno compromiso, específicamente, en los pacientes menores de 40.

Diagnóstico diferencial de la queratitis por Herpes zoster

- Virus del herpes simplex (VHS): los pacientes son generalmente jóvenes, el eritema vesicular no afecta un dermatoma. Las dendritas presentan los bulbos terminales y tiñen bien con fluoresceína.
- Erosión corneal recurrente: cuando esta sanando la erosión generalmente adquiere una forma dendriforme.
- Queratitis por Acanthamoeba: pacientes con antecedentes de ser usuarios de lentes de contacto, el dolor es desproporcionado a la lesión que se observa.

Complicaciones

- Catarata
- Queratitis microbiana secundaria
- Atrofia sectorial del iris
- Ptisis bulbis
- Vasculitis oclusiva isquémica
- Parálisis de los nervios craneales siendo el III par el más afectado.
- Retinitis
- Coroiditis
- Neuritis óptica
- Vasculitis retinal oclusiva
- Necrosis retinal aguda ipsilateral (poco frecuentes)
- Neuralgia post herpética.
- Encefalitis

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS BÁSICAS Y/O CONFIRMATORIAS

1. Biomicroscopía del segmento anterior en lámpara de hendidura
2. Oftalmoscopia indirecta.
3. Raspado de una lesión en piel o córnea: Raspar el borde de una lesión corneal o la base de una lesión de piel para tinción con Giemsa. La cual muestra células gigantes multinucleadas con las características inclusiones intranucleares acidófilas.
4. Técnica de reacción en cadena de polimerasa.
5. Cultivo viral de fluido vesicular para el aislamiento directo del virus. Es técnica definitiva de confirmación.

RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS

Tratamiento médico.

1. Lesiones en piel y párpados:

a) Pacientes con exantema cutáneo de moderado a severo con menos de cuatro días de lesiones activas

- ✓ Agente antiviral oral por 7 a 10 días (Krachmer, 2005)
 - *Aciclovir (Tab- 200mg): 4 tabletas 5 veces por día, o
 - Famciclovir (Tab- 250 mg): 1 tableta 3 veces al día, o
 - Valaciclovir (Tab- 1000 mg): 1 tableta 3 veces al día

*Se recomienda no excederse de los 10 días de tratamiento. (Sundmacher, 2009)

Si la condición es **severa** con toma de orbita, nervio óptico, pares craneales o manifestaciones sistémicas:

- ✓ Ingreso hospitalario
 - Aciclovir (Bbo- 250 mg): 5-10 mg/kg, vía IV, en "bolos" cada 8 horas por 5-10 días. (Sundmacher, 2009)
 - Compresas tibias en la zona periocular tres veces al día.
 - Bacitracina o Eritromicina (ungüento antibiótico): 2 veces al día en el ojo y lesiones perioculares.

b) Pacientes con exantema en piel de más de una semana de duración o lesiones que no estén activas

- Compresas tibias en la zona periocular tres veces al día.
- Bacitracina o Eritromicina (ungüento antibiótico): 2 veces al día en las lesiones de la piel.

2. Lesiones oculares Conjuntivitis:

- Compresas frías
- **Eritromicina** (ungüento oftálmico): 1 aplicación 2 veces al día

a) Queratitis epitelial puntiforme o pseudodendritas:

- Lágrimas artificiales sin preservantes, colirio, lubricación cada 1-2 h
- Eritromicina (ungüento oftálmico): antes de dormir.

b) Queratitis estromal inmune:

Esteroides tópicos:

- Prednisolona 1% (colirio): comenzar 4 veces al día e ir disminuyendo paulatinamente por meses o años.

c) Queratitis neurotrófica:

- Lágrimas artificiales sin preservante, colirio, lubricación, uso frecuente
- Gotas oculares de suero autólogo: puede ser beneficioso.

Si el defecto epitelial es pequeño:

- Tetraciclina o cloranfenicol (ungüento oftálmico): 1 aplicación 4 a 6 veces por día, por 3 a 5 días hasta que resuelva.

Si es una úlcera neurotrófica que no sana

Pueden ser necesarios:

- Uso de un lente blando terapéutico (LBT) por un corto período de tiempo, acompañado de
- Antibiótico tópico de amplio espectro:

Ciprofloxacino (colirio) 1 gota al día.

- Tarsorrafia, colgajo conjuntival o recubrimiento con membrana amniótica.

d) Queratouveitis

Agente antiviral sistémico:

- Aciclovir (Tab- 200mg): 4 tabletas 5 veces por día.

Esteroides tópicos:

- Prednisolona 1% (colirio): comenzar con 1 gota 4 o 6 veces al día.

Ciclopléjico:

- Homatropina 2 % o Atropina 1 % (colirios): 1 gota 3 veces al día.

En presencia de defecto epitelial:

- Tetraciclina o cloranfenicol (ungüento oftálmico): 1 aplicación 4 a 6 veces por día, por 3 a 5 días hasta que resuelva

Supresores del acuoso para el aumento de la PIO.

Tópicos:

- Timolol (0.5%) 1 gota cada 12 horas
- Dorzolamida (2%) 1 gota cada 8 horas
- Brimonidina (0.2%) 1 gota cada 8 horas

Sistémico si la PIO se encuentra por encima de 30 mm Hg:

- Acetazolamida (tab- 250 mg) 1 tableta cada 6 horas

Nota: Proscribir análogos de prostaglandinas. (Wills eye hospital, 2008)

e) Escleroqueratitis:

Agente antiviral sistémico:

- Aciclovir (Tab- 200mg): 4 tabletas 5 veces por día. Durante 6 semanas como mínimo. (Sundmacher, 2009)

Esteroides sistémicos:

- Prednisolona (Tab- 20 mg): 1 tableta diaria.

Terapia operatoria

Indicación de tratamiento quirúrgico

- Queratopatía neurotrófica severa y Queratopatía por exposición que no resuelven con tratamiento médico con lágrimas artificiales, oclusión o lente blando terapéutico y presentan peligro de perforación:

Técnica

- Tarsorrafia parcial o total
- Recubrimiento conjuntival o con membrana amniótica
- Queratoplastia penetrante.

Seguimiento

Si existe afectación ocular los pacientes deben ser examinados cada 1 a 7 días en dependencia de la severidad.

Si no hubo afectación ocular cada 1 a 4 semanas.

Cuando se resuelve el cuadro agudo debe ser chequeado cada 3 a 6 meses, cada 3 meses si persiste aun con tratamiento esteroideo.

Pueden aparecer recaídas meses o años más tarde sobre todo cuando se comienza a bajar la dosis de los esteroides.

Indicadores

Indicadores estructura		Estándar
Recursos humanos	% de personal calificado relacionado con el PA con entrenamiento específico disponible para su aplicación	100%
Recursos materiales	% de disponibilidad de equipos específicos relacionados con el PA	>95 %
	% de medicamentos disponibles, según establece el PA	>90 %
Recursos organizativos	% de disponibilidad de planillas para la recolección de datos (PRD)	100 %
	% de disponibilidad de la base de datos	100%

Indicadores de procesos		Estándar
% de pacientes diagnosticados en el centro vistos en consulta de córnea.		>95 %
% de aplicación de las técnicas de diagnóstico propuestas por este PA		>95%
% de clasificación adecuada según criterios del PA		>95%
% de pacientes para ser seguidos según periodo establecido		>95%

Indicadores de resultados	Estándar
% de resultados exitosos, según el tratamiento aplicado	>95%
% de recaídas post tratamiento	<2%
% de pacientes con elevado grado de satisfacción como resultado del tratamiento Impuesto	> 98%

Bibliografía

American Academy of Ophthalmology (2016): Basic and Clinical Science Course;

External disease and cornea; Infectious diseases of the external eye: clinical aspects. American Academy of Ophthalmology; section 8, Cap VII, PP 14

Denniston, A. K. O., Murray P. I. (2009): Oxford Handbook of Ophthalmology: Rapid reference for all ophthalmologists: Herpes zoster Ophthalmicus. OXFORD University Press. Second edition. Cap 7, PP 208, 209

Krachmer, J.H., M.J. Mannis, E.J. Holland, (2014): Cornea; Fundamentals, diagnosis, and management. Elsevier Mosby. Volume 1. 2º ed.. Cap 84. PP 1075- 1092.

Pavan-Langston D (2008): Herpes Zoster, antivirals and pain management. Ophthalmology 115 Suppl: PP 13- 20

Sundmacher, R (2012): Color Atlas of Herpetic Eye Diseases: A Practical Guide to Clinical Management. Springer. Cap 3, PP 113-156

Wills Eye Hospital (2012): The Wills eye manual. Office and emergency room. Diagnosis and treatment of eye disease; Herpes zoster ophthalmicus . Lippincott Williams & Wilkins —5th ed. PP 74-79.