

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"HERPES ZOSTER OFTALMICO"

TESIS

Presentada a la Junta Directiva de la  
Facultad de Ciencias Médicas de la  
Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

DORCAS ELIZABETH TOLEDO ESTRADA

En el Acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

## PLAN DE TESIS

1.- INTRODUCCION

2.- OBJETIVOS

3.- MATERIAL Y METODO

4.- DESARROLLO DEL TEMA:

a) VIRUS

b) VIRUS ZOSTER - VARICELA

c) HERPES ZOSTER OFTALMICO

d) CASOS CLINICOS

5.- CONCLUSIONES

6.- RECOMENDACIONES

7.- BIBLIOGRAFIA

Fig 33-7. Herpes zoster ophthalmicus. Lesions are limited by midline and extend to tip of nose.



## INTRODUCCION

El presente trabajo de tesis se llevó a cabo, motivado por la gran variedad de patología oftalmológica que se encuentra en nuestro medio y para investigar algunos aspectos clínicos y terapéuticos acerca del comportamiento del virus en el ojo haciendo énfasis en el Herpes Zoster.

Fue así como se inició la presente investigación denominada "Herpes Zoster Oftálmico"; trabajo que pudo realizarse gracias a la colaboración del departamento de Oftalmología del Hospital Roosevelt, del Hospital Dr. Rodolfo Robles, del Comité Nacional de Prociegos y Sordomudos de Guatemala.

Se efectuó este trabajo revisando papelería de la consulta externa de Oftalmología en el período comprendido del mes de Diciembre de 1974 a Agosto de 1977.

Se le da atención al daño Corneal que produce este virus. Se trata de aclarar lo más adecuado y reciente acerca del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad en cuestión y de esa manera evitar el desagradable y difícil manejo de las complicaciones a que puede conducir el virus del Herpes Zoster.

Quiero dejar constancia y agradecimiento a todas y cada una de las personas, especialmente a los Doctores: LUIS FRANCISCO SOTO GALINDO y LUIS FELIPE HERNANDEZ MATUTE, asesor y revisor respectivamente, e instituciones que colaboraron para que este trabajo se llevara a feliz término y aportar esta investigación en favor de la medicina y en bien de la humanidad.

## OBJETIVOS

- 1- Conocer la incidencia de infección por Herpes Zoster en la consulta externa de Oftalmología del Hospital Roosevelt y del Hospital Dr. Rodolfo Robles, durante el tiempo ya estipulado.
- 2- Dar a conocer el daño oftalmológico ocasionado por el virus Herpes Zoster.
- 3- Tratar de poner en claro respecto al tratamiento de la queratitis viral producida por el Herpes Zoster de acuerdo con las capas afectadas de la Córnea.
- 4- Poder llegar a un diagnóstico temprano de la infección por Herpes Zoster para un mejor tratamiento de la misma.
- 5- Dar a conocer algunas complicaciones ocasionadas por el Herpes Zoster que pueden producir pérdida de la visión.
- 6- Investigar incidencia de Herpes Zoster en relación a sexo y edad.
- 7- Abrir un camino para que en el futuro se realicen más trabajos de investigación respecto a problemas oftalmológicos que corresponden a una rama de afecciones bastante interesantes.

## MATERIAL Y METODOS

### A. RECURSOS MATERIALES:

- 1- Revisión de los diagnósticos de todos los pacientes evaluados en la consulta externa de Oftalmología del Hospital Roosevelt del período comprendido de Diciembre 1974 a Agosto 1977.
- 2- Revisión Bibliográfica de Herpes Simple y Herpes Zoster en diferentes publicaciones.
- 3- Revisión de papelería de pacientes con Herpes Zoster en el Hospital de Ojos y Oídos Dr. Rodolfo Robles.
- 4- Incorporación dentro del estudio de casos privados con Herpes Zoster.

### B. RECURSOS HUMANOS:

Médicos que colaboraron en la realización de este trabajo, asesor y revisor.

### METODO:

Se procedió a revisar literatura actualizada y así tratar de aclarar lo más adecuado y reciente acerca del diagnóstico y tratamiento del Herpes Zoster.

## VIRUS:

El virus es la unidad más pequeña que se conoce de mas o menos 100 a 150 milimicras en diámetro, capaz de reproducirse del ácido Desoxiribonucleico (DNA) o del ácido Ribonucleico (RNA). Es incapaz de multiplicarse fuera de las células a causa de la ausencia de enzimas y de su propio metabolismo y por lo tanto debe alimentarse su núcleo genético de las células y usar el almacenamiento químico de las mismas.

## CARACTERISTICAS DEL VIRUS HERPES

El virus del Herpes Simple, tiene un núcleo central de ácido nucleico soluble (nucleoide) rodeado por una capa proteínica insoluble. Este virus se puede multiplicar dentro de una célula, matarla y puede vivir intracelularmente sin dañarla (virus latente). Este puede crecer en una variedad de cultivos de células o en la membrana corioalantoidea de huevos embrionados y pueden ser transferidos a animales susceptibles (por ejemplo de una úlcera dentrífica a una córnea de conejo). El virus, especialmente la capa proteínica es antigénica y por lo tanto puede ser identificada por test neutralizantes con antisueros específicos o conjugando los anticuerpos (gammaglobulina) con fluoresceína isotiocianada para observar bajo microscopio con luz ultravioleta su adherencia al virus. Cuando el virus se combina con el anticuerpo se usa el complemento y esto es determinado por el test de fijación del complemento; con hemólisis de las células sanguíneas rojas como un indicador.

## HERPES SIMPLE

Hay dos etapas de esta enfermedad causada por el mismo vi  
rus.

- 1.- Herpes Simple Primario: Infección asintomática a veces se presenta como enfermedad localizada o generalizada en ni  
ños susceptibles expuestos al virus de origen externo.
- 2.- Herpes Simple Recidivante: Es una erupción vesicular lo-  
calizada, causada por activación de un virus que se halla  
latente en los labios y otros tejidos de personas con anti-  
cuerpos circulantes.

### FRECUENCIA:

La infección primaria suele producirse antes de los cin  
co años de edad, los anticuerpos maternos casi siempre brindan pro  
tección durante los seis meses. El 90% de adultos tienen anti-  
cuerpos. La infección es mayor en edad mas temprana, en niños  
de estratos socioeconómicos más bajos. Se han observado muchos  
casos de Herpes Simple cutáneo en personal de hospitales. Des-  
pues de manifestada la infección primaria y de formados los anti-  
cuerpos, el virus parece persistir dentro de las células de los te  
jidos durante toda la vida. Gran variedad de estímulos pueden  
reactivar el virus latente y provocar una crisis de Herpes Simple  
recurrente. El anticuerpo inhibe la diseminación del virus a otros  
tejidos pero no impide la multiplicación del virus o la evolución  
de lesiones locales. Las lesiones del Herpes Simple primario y se-  
cundario no pueden distinguirse microscópicamente, puede dife-  
renciarse de las lesiones de la varicela y Herpes Zoster solamen-  
te por inmunofluorescencia. Las vesículas o zonas ulceradas con-  
tienen células epiteliales degeneradas con citoplasma hinchado -

como globo, células gigantes multinucleadas y cuerpos de inclu-  
sión intranuclear eosinófilos.

## MANIFESTACIONES CLINICAS DE HERPES SIMPLE

HERPES SIMPLE PRIMARIO: Fiebre y malestar, lesiones en uno  
o varios focos mucosos o cutáneos. En la gingivoestomatitis her-  
pética aparecen placas blancas y vesículas en la cavidad bucal,  
que se ulceran lo que puede provocar hemorragias de encías o do-  
lor intenso, respiración fétida, infección bacteriana secundaria  
y adenopatía cervical.

QUERATO CONJUNTIVITIS HERPETICA: Afecta un ojo, el gan-  
glio linfático preauricular, edema e inflamación de la córnea,  
la infección se extiende a la conjuntiva bulbar y palpebral.

HERPES SIMPLE RECURRENTE: Ocurre en el mismo punto donde  
tuvo lugar la infección asintomática o subclínica primaria. Una  
forma o enfermedad aguda puede presentarse desde el punto de  
vista ocular, la lesión inicial es usualmente en las márgenes de  
los párpados y a menudo asociados con vesículas en los labios y  
es típicamente unilateral.

Después de un período de incubación que varía de tres a do-  
ce días se desarrolla una conjuntivitis folicular aguda con una lin  
fadenopatía regional. Aproximadamente en dos tercios de los ca  
sos la córnea está afectada. Inicialmente afectando las células  
epiteliales más superficiales, la lesión toma la forma de puntea-  
do fino, que tiñe pobremente con fluoresceína, subsecuentemente  
hay descamación de las células afectadas desarrollando erosiones  
punteadas que tiñen; frecuentemente estas se resuelven espontá-  
neamente aunque pueden aparecer lesiones más grandes de mas o  
menos 2 mm de diámetro asumiendo una forma irregular o estrella

da o figuras dendríticas macroscópicas. A menos que estas sean rápidamente descamadas o removidas una reacción estromal tiende a seguir. Estas lesiones pueden dejar cicatrices, cuando el estroma superficial es afectado, el componente epitelial de la lesión puede sanar o descamar formando filamentos hasta desarrollar una úlcera queratítica o una dendrítica disquiriforme. Puede haber pocos síntomas debido a hipoestesia de la córnea, un punto de considerar para el diagnóstico. Esto está asociado con unas vesículas delicadas pasajeras frecuentemente con el desarrollo de figuras en el epitelio. La lesión puede tomar muchas formas como: La forma punteada (Queratitis punteada Superficial - herpética) la queratitis en forma de estrella (Queratitis aerolar estrellada herpética) más comunmente toma una forma de rama (Queratitis Dendrítica) en todos los casos las fisuras tienen con fluoresceína y es típico que en una área considerable alrededor de la región afectada visible, el epitelio está pobremente adherido a la membrana de Bowman y puede ser fácilmente desprendido.

En contraste a la lesión primaria las capas superficiales del estroma son rápidamente implicadas inmediatamente debajo de la lesión epitelial, desarrollándose una queratitis epitelial.

La úlcera dendrítica, un término primeramente introducido por Grut (1884) presenta una figura bastante típica formada por una apariencia bastante diminuta en forma linear, un zig zag con numerosas ramas formando una figura arborescente con pequeños nódulos al final de las ramas. La línea ulcerada es de 1mm. muestra surcos finos y está rodeada por un borde y un área de infiltración indicando un área de células opacas invadidas por el virus. La úlcera tiñe con fluoresceína, pero el tinte se diluye rápidamente por debajo del epitelio adyacente demostrando su pobre acción y su participación en el proceso infeccioso (Epitelio-lipsis).

El área total de infección es bien demostrada con fluoresceína, pero también con Azul de Metileno, en tal caso la figura ulcerada tiñe azul oscuro mientras el área afectada alrededor muestra un halo verde.

Tal cuadro acompañado por fotofobia lagrimeo y a menudo considerable dolor, puede persistir durante un largo período, algunas veces por varios meses en la ausencia de adecuado tratamiento. Al contrario en algunos casos causan pocas molestias por meses. Eventualmente las úlceras se epitelizan al final pudiendo desaparecer sin formar reales cicatrices; vascularización no ocurre. Mientras mayor es la disminución de la sensibilidad corneal más tiempo se toma la úlcera en curarse y mayor es la tendencia a recurrir. La diseminación al estroma corneal es complicación frecuente. Esta puede ser difusa, el estroma se vuelve opaco e intersectado con grietas, hendiduras, pero más frecuentemente se desarrolla una queratitis disquiriforme bien circunscrita. Este es el cuadro clínico más característico del virus herpes pero ocasionalmente ocurre en otras infecciones virales tal como Laster Vaccinea, Sarampión y Varicela. Esta manifestación tiende a ocurrir cuando el foco epitelial es escaso y confinado a un área pequeña. El curso de la enfermedad es prolongado, pero en casos benignos el pronóstico es bueno ya que finalmente solo permanecen finas opacidades. Sin embargo más comunmente una forma más severa es vista en donde necrosis corneal es seguida por cicatrización densa. Este tipo severo tiende a durar varios meses o un año o más y puede reducir la visión hasta sólo percepción de luz. En el tipo severo de queratitis herpética, queratopatía bular puede desarrollarse y en la ruptura de las bulas el estroma corneal puede ser expuesto a infección bacteriana o fúngica, esta complicación es seguida de necrosis amplia del estroma, la formación de una úlcera profunda y ocasionalmente perforación y pérdida del ojo.

Hasta hace pocos años el tratamiento del Herpes Simple variaba en el empirismo desde la aplicación de veneno de abejas al uso de rayos " X ", sin embargo el más usado era la aplicación de yodo de acuerdo a la técnica de Gunderson, otros métodos como éter, alcohol, sulfato, zinc, nitrato de plata, ácido carbólico, cauterización con frío, calor y simple raspado con escalpelo. La base de este tratamiento está en la eliminación total del virus de la córnea puesto que el virus se puede recuperar de las lágrimas, pocas horas después de la infección corneal y aún después de controlada.

En 1925 se publicó un trabajo en Alemania indicando que la vacuna contra la viruela garantiza inmunidad contra el Herpes en la córnea del conejo, desde entonces se ha usado a pesar de estudios que prueban lo contrario. Durante la infección el paciente posee un elevado número de anticuerpos contra virus herpéticos. Se ha descubierto que la Inmunogamaglobulina confiere una cubierta de resistencia al virus lo cual se puede romper con anti- IgG.

Con el descubrimiento de la Iododesoxiuridina (IDU) por Kanpman en 1962 se inició la etapa quimioterapéutica en el tratamiento del Herpes Simple. El avance se debe a que estos organismos una vez invaden las células, producen enzimas y proteínas esenciales y ácido nucléico lo que permite atacar las células infectadas sin alterar las normales con el IDU que es análogo del ácido nucléico. La efectividad de estos agentes está en que actúan en las fases finales de la incorporación de metabolismos esenciales y no en etapas iniciales.

Se cree que el IDU al ser incorporado a la nueva molécula del ácido nucléico forma nueva molécula no infecciosa. Otro antimetabolito es la CITOSINA y FLUROTIMIDINA (TFT) que actúa en las fases finales del ácido nucléico, una etapa de polime-

rización o fosforilización y no puede ser reorganizada la molécula.

## HERPES ZOSTER

**DEFINICION:** Proceso infeccioso acompañado de aparición de erupción vesicular intensamente dolorosa circunscrita en la piel y membranas mucosas en la distribución de un nervio sensorial. La erupción localizada refleja un proceso inflamatorio coincidente de ganglios raquídeos dorsales o ganglios de nervios craneales correspondientes.

**ETIOLOGIA:** El virus es específico del huésped, sólo se ha transmitido experimentalmente al hombre.

## FRECUENCIA Y EPIDEMIOLOGIA

Se cree que el Herpes Zoster es una reinfección endógena o exógena del virus de la varicela, se cree que los virus de ambos están íntimamente relacionados, pueden asociarse las dos enfermedades en epidemias, pudiendo ocurrir que tras la infección de varicela en la adolescencia el virus quede enmascarado para aparecer posteriormente sobre todo en los adultos produciendo el cuadro clínico del Herpes Zoster. La varicela ocurre en niños de 2 a 8 años, en regiones tropicales es enfermedad de adultos. El Herpes Zoster es enfermedad esporádica que ocurre todo el año, es característica de adultos aunque se observa en lactantes y niños. Se ha observado apariencia idéntica en microscopio electrónico y similares respuestas con anticuerpos del suero y algún grado de protección mutal en el virus de la varicela y del Herpes Zoster.

La razón de que el mismo virus pueda producir tales síntomas tan notablemente diferentes no es conocido, pero puede ser debido al hecho de que la inmunidad en gente más grande decae y permite la reacción de un virus latente albergado por muchos años.

En la Varicela la infección ocular puede desarrollar una uveítis que generalmente es durante el período de convalecencia, el enrojecimiento del ojo es típicamente moderado y raramente dura dos semanas.

### MANIFESTACIONES CLINICAS

En el Herpes Zoster oftálmico el foco principal de infección está en el ganglio de Gasser, desde el cual viaja el virus por una o mas de las ramas de la rama oftálmica del quinto par, con lo que su área de distribución queda señalada por hileras de vesículas o cicatrices dejadas por ellas.

Cuando el ganglio de Gasser está afectado por el virus del Herpes Zoster forma un cuadro clínico patognomónico que tiene sus propiedades características. Ocurre esporádicamente, aunque a veces en forma de epidemia leve, asociada frecuentemente con varicela. Sin embargo la ocurrencia de muchos casos en una familia es desconocida indicando que su infectibilidad es poca. Un ataque conlleva un grado de inmunidad. En estudios efectuados se encontró sólo cuatro casos de recurrencia en una serie de 400 casos. El Herpes Zoster más comunmente afecta los nervios torácicos, sin embargo los nervios cervicales son afectados en un 15% de pacientes y la división oftálmica del nervio trigémino está tomado en un porcentaje desproporcionalmente alto (10%) de todos los pacientes con Herpes Zoster.

El período de incubación no es conocido pero en observaciones clínicas cuando la aparición sucede después de varicela la variación es de unos pocos días. La enfermedad es de súbito e inesperado inicio.

Se presenta con fiebre, postración y dolor neurológico a lo largo de la división del trigémino que a su inicio puede ser enmascarado por malestar general, náuseas y vómitos, algunas veces simultáneamente con dolor. Pero usualmente 3 ó 4 días después de su inicio un enrojecimiento de la piel se extiende en toda el área de la distribución del nervio seguida por edema marcado y la aparición de vesículas es el tipo que sugiere erisipela por lo que la enfermedad puede confundirse, pero la distribución característica y especialmente la estricta limitación a un lado de la línea media de la cabeza evita tal error. Las vesículas son primeramente llenadas con líquido claro que rápidamente se pone turbio y amarillento. Cicatrices permanentes demuestran que la dermis ha sido afectada por el proceso necrótico. El proceso dura de 3 a 6 semanas y a través de todo este tiempo el síntoma más molesto es el severo dolor neurálgico, ocasionalmente este dolor es pasajero siendo confinado a la sensación de ardor y adormecimiento, pero como una regla el dolor es severo asociado con un enrojecimiento de la piel y una neuralgia que va de la frente atrás de la cabeza. La distribución de la lesión varía, pero la rama frontal del oftálmico es usualmente afectada, algunas veces ésta es la única manifestación. Las ramas lagrimales y nasociliares frecuentemente están libres, pero cuando están dañadas son frecuentes las complicaciones oculares.

Si la punta de la nariz está afectada por las vesículas del Herpes Zoster, el ojo debe ser cuidadosamente investigado por queratitis, ya que la punta de la nariz es inervada por la rama nasal del nervio nasociliar y la rama ciliar de este nervio, inerva el ojo.

En casos severos lesiones pueden ser vistas 1 ó 2 pulgadas a través de la línea media de la frente pero lesiones bilaterales simultáneamente son poco comunes. Afecciones de las otras divisiones del nervio trigémino son raras, pero lesiones del maxilar pueden ocurrir a veces antes de un Zoster oftálmico, afectando a veces las 3 divisiones simultáneamente.

Complicaciones oculares ocurren aproximadamente del 50% de los casos de Herpes Zoster, apareciendo ya sea durante el período eruptivo o algunas semanas después que la erupción ha desaparecido; ellos incluyen: conjuntivitis, queratitis, iridociclitis, esclerítis, etc. Hay que recordar que el examen del ojo es difícil por la hiperalgesia edema y vesículas de los párpados.

En cada caso en el estado eruptivo hay edema corneal difuso, la tensión del ojo puede ser baja o alta.

#### QUERATITIS DE HERPES ZOSTER

La queratitis que ocurre aproximadamente en el 40% de los casos puede asumir varias formas pero puede ocasionalmente ocurrir antes del desarrollo de neuralgia o lesiones en la piel, la primera evidencia es una queratitis epitelial punteada representando una invasión viral de las células epiteliales, las áreas afectadas son irregulares en los límites y descamadas sin ulceración. Estas lesiones pronto desarrollan una queratitis punteada subepitelial y subsecuentemente un tipo similar de opacidades estromales de 1 a 2 mm de diámetro que forma la lesión característica en queratitis por Herpes Zoster. Sobre las lesiones estromales vesiculación epitelial puede aparecer con exfoliación e infección secundaria que puede conducir al desarrollo de úlceras. Se forman vesículas profundas en la córnea y después deja cicatrices permanentes y marcada anestesia corneal. La queratitis vista en el Her

pes Zoster difiere en la que se ve en el Herpes Simple y esto es debido a que es producido por otro virus (Varicela Zoster).

Cuando el daño llega a la punta de la nariz una iritis o una iridociclitis es casi inevitable aunque se han visto pacientes en donde una iridociclitis granulomatosa aparece sin daño cutáneo de la punta de la nariz y la iridociclitis puede ocurrir raramente sin daño corneal, aunque la iridociclitis puede aparecer al momento del daño corneal ésta usualmente se desarrolla después tomando las formas de un proceso granulomatoso severo con depósitos queráticos de "grasa de carnero" y la formación desinequias posteriores densas.

En el estado después de la erupción el paciente puede presentar un cuadro de Epiescleritis cuando las vesículas se forman en la conjuntiva envolviendo la Epiesclera. Esta epiescleritis nodular se cura en aproximadamente 3 a 4 semanas sin dejar signos residuales. Recurrencias en el mismo sitio y una forma necrotizante son frecuentes. Se han observado escleritis secundaria a Herpes Zoster oftálmico y en un estudio de 184 casos de escleritis un 15% de estos fue después de un ataque de Herpes Zoster.

Si los procesos ciliares son afectados o dañados puede desarrollarse ptosis con severa inflamación, hipotonía es a menudo mas observada que glaucoma secundario. Una coroiditis difusa también ha sido reportada. Es frecuente observar hiphema espontánea que se cree resulta de necrosis de los vasos del Iris, esta necrosis deja áreas de atrofia en el Iris.

Una rara y severa complicación del Herpes Zoster es lo que se conoce como Herpes Iridis; que es el desarrollo de vesículas en el estroma del iris acompañado de intenso dolor con rupturas y luego hemorragias.

En Herpes Zoster oftálmico puede con frecuencia encontrar se parálisis de nervios oculomotores, esta parálisis puede ser parcial o completa, es frecuente oftalmoplejía interna aislada, el pronóstico para un restablecimiento de la función motora es excelente. El mecanismo por el cual otros nervios craneales son afectados en Herpes Zoster oftálmico no es conocido pero se cree que la inflamación se extiende del nervio trigémino a los nervios motores oculares atravesando el seno cavernoso y la fisura orbital superior. En algunos casos hay parálisis asociada de pares motores craneales, en especial del tercero, sexto y séptimo que por lo general desaparece antes de seis semanas, la parálisis facial aumenta seriamente el peligro para el ojo debido a la exposición corneal.

En raras ocasiones el Herpes Zoster oftálmico puede ser asociado con neuritis óptica ya sea en la forma retrobulbar o con una papilitis isquémica severa, daño visual es regla. Histopatológicamente el Herpes Zoster afecta el nervio óptico como una neuritis inflamatoria con una leptomeningitis asociada.

**PATOLOGIA:** Los cambios histopatológicos son caracterizados por infiltración linfocítica de endoneurio y perineurio de los nervios ciliares y por una periarteritis que puede conducir a necrosis completa o hipHEMA frecuente.

En otros casos se descubre un mecanismo desencadenante en forma de traumatismo, inyecciones de medicamentos como arsenicales, enfermedades concomitantes como TB, proceso maligno (en particular Linfoma y Leucemia Crónica.)

## TRATAMIENTO

El tratamiento del Herpes Zoster es difícil y frustrante, pues no se conoce nada específico. El alivio del dolor y evitar la infección secundaria son las consideraciones más esenciales. En el estado agudo son aconsejables: descanso en cama con una dieta blanda y suficientes sedantes para controlar el dolor. En casos moderados antiinflamatorios tales como salicilatos o metilbutazona pueden ser efectivos; en casos peores, preparaciones de morfina pueden ser necesarios pero deben ser usados sólo como último recurso.

Muchos tipos de vendajes han sido recomendados para lesiones dérmicas incluyendo polvos como óxido de Zinc Bismuto; Sulfonilamida, etc. untar con colodión, este último es el más indicado en los estados tempranos; Sulfonilamida sistémico y otros antibióticos han sido recomendados pero no hay evidencia de que tengan algún valor. Irrigaciones es generalmente imposible irritando más la piel ya lesionada; probablemente el mejor tratamiento en este estado es la instilación repetida de gotas emolientes para prevenir adherencias de los párpados con secreción seca junto con la instilación de atropina.

Cuando se presenta queratitis siempre debe darse atropina ya que la presión intraocular alta puede ser debida a una ciclitis secundaria y esta condición no contraindica su uso. Cuando ocurren úlceras intratables o tendencias neuroparalíticas debe practicarse en estado temprano Tarsonafia.

Varios autores han reportado una respuesta favorable a corticoesteroides y corticotropina (ACTH) sistémica. Si un paciente que no está recibiendo esteroides o ACTH desarrolla Herpes Zoster, la formación de anticuerpos usualmente es estimulada en una

forma pronta y satisfactoria y subsecuentemente tratamiento con esteroides no altera la buena evolución de la enfermedad. Los esteroides ejercen un efecto antiflogístico no específico. Sin embargo si una infección de Herpes Zoster se desarrolla mientras el paciente está recibiendo una cantidad significativa de corticoesteroides puede haber una interferencia con la formación satisfactoria de anticuerpos y conducir a un curso complicado. Hay reportes de Herpes Zoster diseminado con encefalitis y muerte en pacientes con enfermedad local tratados con corticoesteroides sistémicos, esto nos sugiere que su uso debe ser cauteloso y preferir su administración local en forma de gotas o inyecciones periorculares. Tratamiento tópico es el más útil para la iridociclitis respondiendo favorablemente. Debido a la incidencia de infección secundaria, probablemente es mejor incluir unas gotas de antibióticos con corticoesteroides. Algunos pacientes a veces desarrollan un ojo seco siendo necesario usar lágrimas artificiales o lentes de contacto blandos.

Gammaglobulina puede ser administrada en inyecciones intramuscular en etapa temprana de la enfermedad cuando los corticoesteroides o el ACTH pueden estar contraindicados.

## CASOS CLINICOS

Fueron revisadas 14 papeletas de pacientes con diagnóstico de Herpes Zoster.

Casos que se describen a continuación:

### CASO No. 1

Paciente de 64 años de edad, masculino.

#### HISTORIA:

Erupción papulomacular en área periorbitaria y frontal derecha acompañada de dolor y edema de una semana de evolución.

#### EXAMEN FISICO:

Vesícula de diferentes tamaños en área periorbitaria derecha y frente cubierta de costras mielicéricas, edema palpebral de ojo derecho; hay presencia de flictenulas en la conjuntiva palpebral, no hay compromiso de Córnea ni globo ocular.

#### IMPRESION CLINICA:

Herpes Zoster Oftálmico Ojo Derecho.

#### TRATAMIENTO:

Lienzos tibios, higiene local, analgésicos, consulta a Dermatología.

## EVOLUCION:

Evolución con cicatrización peripalpebral superior, e inferior; Córnea aún respetada, pero días después desarrolló úlcera Corneal con Iridociclítis. Iniciándose tratamiento con Atropina y antibióticos sin obtener mejoría por lo que se inició tratamiento con IDU. Mejorando el cuadro Corneal. El resultado en Córnea fué opacificación con neovascularización. Los Párpados desarrollan cicatriz retráctil en canto interno de ojo derecho por lo que se efectuó corrección de cicatriz en dos oportunidades a pesar de lo cual quedó con exposición ocular, dándose tratamiento con lágrimas artificiales. Como secuela hubo visión que percibe y proyecta luz en OD, cicatriz en región palpebral OD epífora secundaria, Cornea con leucoma central con neovascularización intersticial, sinequias posteriores y catarata complicata. Posteriormente se efectuó conjuntivodacriocistorinostomía, con la cual la epífora evolucionó satisfactoriamente.

## CASO No. 2

Paciente de 10 años de edad, femenino.

## HISTORIA:

Vesículas en piel en la punta y borde del lado derecho de la nariz, de 3 días de evolución. No hay antecedentes de Varicela.

## EXAMEN FISICO:

Vesículas en párpados de ojo derecho y en lado derecho de la nariz, congestión conjuntival y opacidad corneal de OD.

## IMPRESION CLINICA:

Herpes Zoster Oftálmico Ojo derecho.

## TRATAMIENTO:

Atropina y Analgésicos.

## EVOLUCION:

Evolución satisfactoria sin complicación, visión 20/20 en ambos ojos. Meses después presentó reactivación de úlcera corneal de OD. Por lo que se dejó oclusión.

Paciente no asistió a sus citas.

## CASO No. 3

Paciente de 5 años de edad, masculino.

## HISTORIA:

Afección eritematosa dolorosa en cara del lado derecho.

## EXAMEN FISICO:

Area de despigmentación leve en párpado superior y mejilla del lado derecho. Resto de examen oftalmológico es normal.

## IMPRESION CLINICA:

Herpes Zoster Oftálmico Ojo Derecho en Resolución.

## TRATAMIENTO:

Ninguno.

## CASO No. 4

Paciente de 78 años de edad, Femenino.

## HISTORIA:

Ingresó a departamento de Medicina, con historia de dolor generalizado, fiebre, náuseas, dolor localizado en OD. de 9 días de evolución.

## EXAMEN FISICO:

OD: Visión 20/400 OS: 20/70. Lesiones descamativas en la frente en mitad derecha con edema palpebral. de OD; córnea de OD: Presenta úlcera que tiñe con Fluoresceína. Resto de examen: cataratas inmaduras en ambos ojos.

## IMPRESION CLINICA:

Herpes Zoster Oftálmico Ojo Derecho.

## TRATAMIENTO:

IDU, antibióticos tópicos.

## EVOLUCION:

Paciente desarrolla Uveítis Granulomatosa en OD con precipitados queráticos, se inicia tratamiento con Atropina. Al ser

reevaluado un mes más tarde evolucionó satisfactoriamente, con una visión de 20/70 en ambos ojos; paciente no desarrolló secuelas post. Herpes Zoster.

## CASO No. 5

Paciente de 52 años de edad, Masculino.

## HISTORIA:

Ampollas en la frente en la órbita y en el lado derecho de la nariz de 8 días de evolución.

## EXAMEN FISICO:

Edema de párpado y dorso de la nariz lado izquierdo, con secreción purulenta en la piel, infiltración cutánea con máculas pápulas, vesículas y pústulas en la frente, párpado y dorso de la nariz lado izquierdo, congestión conjuntival moderada.

Visión: 20/70 en ambos ojos; córnea: respetada, sensibilidad normal.

## IMPRESION CLINICA:

Herpes Zoster Oftálmico Ojo Izquierdo.

## TRATAMIENTO:

Antibióticos.

## EVOLUCION:

Evolución satisfactoria, las lesiones cutáneas cicatrizaron

sin secuelas, córnea: sin afección. Se dio de alta.

### CASO No. 6

Paciente de 2 años de edad. Femenino.

#### HISTORIA:

Ampollas en frente y párpado del lado izquierdo de 3 días de evolución.

#### EXAMEN FISICO:

Vesículas, máculas pequeñas en la piel, en el trayecto de la primera rama del trigémino con infección secundaria, conjuntiva de OS con leve secreción; córnea: sin afección.

#### IMPRESION CLINICA:

Herpes Zoster Oftálmico Ojo Izquierdo.

#### TRATAMIENTO:

Antibióticos Sistémicos y Tópicos.

#### EVOLUCION:

Evolución satisfactoria, sin secuela ocular.

### CASO No. 7

Paciente de 61 años de edad, femenino.

#### HISTORIA:

Visión borrosa de ojo izquierdo de 2 meses de evolución.

#### EXAMEN FISICO:

OD. Visión: cuenta dedos a 20 cm. OS: percibe y proyecta luz, córnea de OS presenta Queratopatía bulosa con tinción generalizada con fluoresceína.

#### IMPRESION CLINICA:

Queratopatía bulosa de etiología no determinada.

#### TRATAMIENTO:

Oclusión, antibióticos, esteroides tópicos en OS.

#### EVOLUCION:

15 días más tarde paciente presenta precipitados queráticos secundarios a una uveítis granulomatosa por Herpes Zoster, cuadro que había presentado hacía dos meses, presentando como secuelas pequeñas cicatrices en la frente y párpado de OS. Tratamiento: Atropina y Esteroides Tópicos. Evolución satisfactoria hasta que se le administró Esteroides subconjuntivales con lo cual evolucionó satisfactoriamente, desapareciendo la Queratopatía bulosa. Ojo izquierdo presenta mala visión por Miopía alta y Corioretinitis antigua.

### CASO No. 8

Paciente de 9 años 7 meses de edad. Femenino.

## HISTORIA:

Fiebre intensa, aparecimiento de vesículas, edema en región frontal más dolor intenso de ojo derecho. Sin antecedentes de importancia.

## EXAMEN FISICO:

Se observan vesículas Herpéticas en región frontal y párpado superior derecho, las lesiones abarcan la punta de la nariz, conjuntiva hiperémica, córnea: se observa punteado superficial ojo derecho.

## IMPRESION CLINICA:

HERPES ZOSTER OFTALMICO ojo derecho.

## TRATAMIENTO:

ATROPINA 1% ANALGESICOS.

## EVOLUCION:

Paciente continuó con conjuntiva hiperémica, lesión corneal persiste se inicia tratamiento con esteroides sistémicos y analgésicos. Cita en una semana. Paciente no asistió a su cita.

## CASO No. 9

Paciente de 11 años de edad. Femenino.

## HISTORIA:

Enrojecimiento y ptosis mínima de OD. Antecedente de

haber padecido de Herpes Zoster hace un año.

## EXAMEN FISICO:

Cicatriz post herpética en párpado superior de ojo derecho, lesiones ya cicatrizadas en cuero cabelludo de hemicráneo derecho, congestión conjuntival, córnea clara, cámara anterior presenta células y pigmentos.

## IMPRESION CLINICA:

PROCESO UVEAL POST HERPES ZOSTER OFTALMICO.

## TRATAMIENTO:

Atropina y Esteroides tópicos en ojo derecho.

## EVOLUCION:

Paciente presentó afección corneal, sin mejorar cuadro de Uveitis, se inició tratamiento con Herplex. Evolucionó satisfactoriamente.

Secuelas: Leucoma corneal en ojo derecho no central que no interfiere con visión. Visión de OD: Con graduación de lentes 20/20. OS: 20/20.

## CASO No. 10

Paciente de 68 años de edad. Femenino.

## HISTORIA:

Prurito y aparecimiento de ampollas en Frente y Cabeza del

lado derecho con ardor y dolor periorbitario.

EXAMEN FISICO:

Ojo derecho con hiperemia conjuntival. Leve tinción corneal, precipitados queráticos en endotelio, con células y pigmentos en cámara anterior. Visión OD: 20/50, OS: 20/70.

IMPRESION CLINICA:

UVEITIS POST. HERPER ZOSTER OFTALMICO OD.

TRATAMIENTO:

Esteroides y Antibióticos tópicos.

EVOLUCION:

Paciente no asistió a sus citas.

CASO No. 11

Paciente de 60 años de edad. Femenino.

HISTORIA:

Dolor de la mitad derecha de la Cara y Cabeza, de 10 días de evolución, dos días mas tarde aparecimiento de granos en dicha región acompañados de dolor intenso y ardor de ojo derecho.

EXAMEN FISICO:

Pústulas del lado derecho de la cara, OD: Conjuntiva hi-

perémica con secreción, anestesia corneal, pupila semidilatada, fondo de ojo difícil de evaluar, visión: cuenta dedos a un metro, Ptosis de párpado superior derecho, parecía del R.S, R.M, y R.I de OD.

IMPRESION CLINICA:

HERPES ZOSTER OFTALMICO OD, PARALISIS DEL TERCER PAR SECUNDARIO.

TRATAMIENTO:

Tratamientos tópicos, Neuropléjicos, Homatropina y analgésicos.

EVOLUCION:

Lesiones costrosas siguiendo rama oftálmica, lesiones pustulosas en área nasal, congestión moderada, córnea clara, pupila dilatada, movimientos oculares han mejorado.

Después presenta edema de párpado superior derecho, córnea con depósitos de fluoresceína, irregularidad de epitelio, precipitados queráticos endoteliales, pupila semidilatada, sinequias. Presenta picos febriles, se inicia tratamiento con antibiótico sistémico. Evolución satisfactoria, únicamente persiste parálisis completa del III par, pupila dilatada, congestión conjuntival, paciente continúa con picos febriles, actualmente bajo tratamiento.

CASO No.12

Paciente de 60 años de edad. Masculino.

## HISTORIA:

Dolor en región frontotemporal derecha 8 días de evolución y edema de párpado superior derecho, cuatro días mas tarde inició enrojecimiento de esa región y aparecimiento de vesículas en región frontal derecha.

## EXAMEN FISICO:

Vesículas en región frontal derecha y párpado superior derecho, visión: normal, anestesia corneal resto de examen: normal.

## IMPRESION CLINICA:

HERPES ZOSTER OFTALMICO OJO DERECHO.

## TRATAMIENTO:

IDU, antibióticos tópicos, analgésicos.

## EVOLUCION:

15 días mas tarde vesículas empezando a involucionar, con secuelas de pequeña cicatriz en párpado superior, sin retracción. Paciente se quejaba de dolor a la palpación en región frontal, Rx de Torax normal. Examen por Médico Internista buscando malignidad (Linfoma, Ca. de Colon) negativo.

## CASO No.13

Paciente de 1 año 2 meses de edad. Masculino.

## HISTORIA:

Aparecimiento de vesículas en región frontal lado derecho las cuales al día siguiente aparecieron en cuero cabelludo del mismo lado, enrojecimiento de ojo derecho.

## EXAMEN FISICO:

Vesículas en región frontal y cuero cabelludo lado derecho, hiperemia conjuntival OD, córnea normal, resto examen: normal.

## IMPRESION CLINICA:

HERPES ZOSTER OFTALMICO.

## TRATAMIENTO:

Gammaglobulina Isoprinosine.

## EVOLUCION:

Satisfactoria no quedó cicatriz ni complicaciones oculares.

## CASO No.14

Paciente de 83 años de edad. Masculino.

## HISTORIA:

Paciente refiere que hace dos meses presenta dolor en la piel y cuero cabelludo, región orbitaria y temporal de ojo derecho, luego aparecimiento de ronchas en esa región, las ronchas

desaparecieron pero persiste el dolor en región supraciliar de OD.

### EXAMEN FISICO:

Visión de OD: 20/50, OS: 20/50

OD: Secreción fondo de saco inferior, hiperemia conjuntival, tarso superior con hipertrofia papilar, córnea: erosión punteada que tinte con fluoresceína sector inferior, anestesia corneal, cristalino opacidad subcapsular.

OS: Normal.

### IMPRESION CLINICA:

Querato conjuntivitis crónica de OD. bacteriana. Herpes Zoster oftálmico en resolución de OD.

### TRATAMIENTO:

Antibióticos tópicos.

### EVOLUCION:

Persiste punteado superficial de ojo derecho. Se inician Esteroides tópicos y oclusión, Homatropina. Paciente mejoró, punteado corneal desapareció. Evolución satisfactoria.

CUADRO SINOPTICO DE CASOS

No.	E D A D	SEXO	AFECCION CORNEAL	UVEITIS	SECUELAS	TRATAMIENTO	OJO AFECTADO
1	64 a.	M	Si	No	Cicatriz retráctil leucoma central con neovascularización catarata complicata	Itenzos, IDU analgésicos Atropina Antibióticos tópicos	OD
2	10 a.	F	Si	No	-----	Atropina analgésicos	OD
3	5 a.	M	No	No	-----	Ninguno	OD
4	78 a.	F	Si	Si	-----	Antibióticos tópicos Atropina, IDU	OD
5	52 a.	M	No	No	-----	Antibióticos tópicos	OS
6	2 a.	F	No	No	Afección en travecto del trigémino, infec. secundaria	Antibióticos sistémicos	OS
7	61 a.	F	Si	Si	-----	Oclusión antibióticos esteroides tópicos Atropina	OS
8	9 a.	F	Si	No	-----	Analgésicos Atropina esteroides sistémicos	OD
9	11 a.	F	Si	Si	Prosis párpado de OD, leucoma corneal no central	Atropina Esteroides tópicos IDU	OD
10	68 a.	F	Si	Si	-----	Esteroides antibióticos tópicos	OD
11	60 a.	F	Si	No	Prosis de párpado sup. de OD. Parálisis del III par	Antibióticos tópicos sistémicos, analgésicos Homatropina	OD
12	60 a.	M	No	No	Cicatriz de párpado sup. derecho	IDU, analgésicos antibióticos tópicos	OD
13	1 a. 2 m.	M	No	No	-----	gammaglobulina Isoprinosine	OD
14	83 a.	M	Si	No	-----	Antibióticos tópicos esteroides tópicos Homatropina oclusión	OD

## CONCLUSIONES

- 1.- El Herpes Zoster Oftálmico se comporta como una entidad clínica poco frecuente como se pudo apreciar en el estudio realizado.
- 2.- En todos los casos estudiados de Herpes Zoster, no hubo en ninguno antecedente previo o relación con infección con varicela.
- 3.- El grupo de edad más afectado comprende de la 5a. década en adelante y a pesar de que la literatura reporta poca afección en niños, se encontró con relativa frecuencia en el estudio realizado.
- 4.- Dentro del estudio efectuado se encontró predominio de sexo femenino aunque no hay razón específica, ya que en la literatura revisada no se encuentra distinción de sexo.
- 5.- En todos los casos la sintomatología fue la misma, haciendo énfasis en el severo dolor en la región de la rama oftálmica del trigémino.
- 6.- Con escasa frecuencia pacientes desarrollaron infección sobreagregada en la afección cutánea.
- 7.- La afección corneal secundaria a Herpes Zoster Oftálmico fue de 71% de los casos estudiados dato que difiere de lo encontrado en la literatura el cual es de 50%.
- 8.- Cuando la afección cutánea abarca la punta de la nariz todos los pacientes presentaron afección corneal.

- 9.- Se demostró una baja incidencia de Uveitis Granulomatosa secundaria a Herpes Zoster.
- 10.- La historia natural de la enfermedad varía en los distintos casos estudiados, comportándose de una manera benigna en algunos hasta conducir a serias consecuencias en otros pacientes.
- 11.- Solamente en un caso la infección viral comprometió otros nervios craneales además de la rama oftálmica del trigémino, afectando el tercer par.
- 12.- Solamente un paciente desarrolló Catarata Complicata secundaria.
- 13.- En la revisión efectuada es notoria la diversidad de tratamientos para la afección en cuestión.
- 14.- En un paciente con Herpes Zoster se utilizó esteroides sistémicos.
- 15.- Solamente en un paciente se efectuaron estudios complementarios buscando malignidad concomitante.

## RECOMENDACIONES

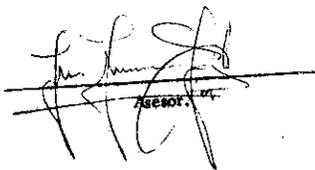
- 1.- Iniciar tratamiento temprano para Uveitis Granulomatosa en pacientes con Herpes Zoster.
- 2.- Establecer un patrón específico de tratamiento ocular para pacientes afectados con este virus.
- 3.- El manejo de esteroides sistémicos en Herpes Zoster oftálmico, ha sido reportado en la literatura actual como de gran beneficio en la mayoría de los casos.
- 4.- Utilizar el equipo multidisciplinario para una mejor valoración del paciente con Herpes Zoster Oftálmico a fin de descartar o confirmar malignidad concomitante.
- 5.- Todo paciente con Herpes Zoster amerita tratamiento intrahospitalario para mejor tratamiento y prevención de complicaciones.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Adler F.H., M.D. Ophthalmology. WB Saunders Company, 6a. ed. pp 158 Philadelphia and London 1959.
- 2.- Andre Thomas and Henyer; Uncos de Zona Ophthalmique suivi d'antop Sie. Examen du ganglion de Gasser, du Trijumeau de l'appariel ciliaire, Rev Neurol. 23:381, 1912.
- 3.- Duane T.D. MD, PhD: Clinical Ophthalmology. vol. 5 Harper Row, Publishers, Inc. New York 1976 chap 33 pp 5
- 4.- Edgeston, A.E.: Herpes Zoster. Ophthalmicus: Report of cases ande Rivien of the literature arch. ophth. 34:40 and 34:114, 1945.
- 5.- Goodman G., et. al. Bases farmacológicas de la terapéutica. Edit. Interamericana, 4a. Edición. México 4 D.F. PP 152; 1083. 1970.
- 6.- Head H. and Pampbell, A. W.: The pathology of Herpes Zoster and its bearing on sensory lucoenation. Brain 23: 353, 1900.
- 7.- Jackson E. et al. American Journal of ophthalmology. Third. Series vol. 65 # 4 April 1968 PP 533 a 541.
- 8.- Kaufman, H.E. Ellison, E. D, and tawnsend., W. M; chemotherapy of Herpes Iritis with adenine arabinoside an. arce. ophthalmol. 84:783, 1970.
- 9.- Kreibig W.: Histologische bifunde bei Herpes Zoster ophthalmicus. Ber. deutsch. ophth. bes. 52:461, 1938.

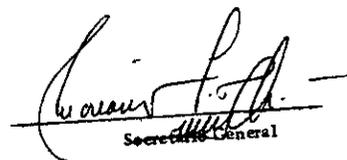
- 10.- Kufman H.E., E., and Dahlman, C.H. use of 5- iodo-2- deoxyuridine (IDU) en tratament of Herpes Simplex - Keratitis. Arch. ophthalmol 68: 235, 1962.
- 11.- Loeb Cecil: Tratado de Medicina Interna. tom. II. edit. Interamericana S.A. de C.V. Edición Décimo Tercera. México D.F. PP 489, 337, 387, 389, 347. 1972.
- 12.- Leuenberger, A.: Zur klinik an therapie des Herpes Zoster ophthalmicus. Ophthalmologica 141:271, 1960.
- 13.- Liebman, S., et. al. The mosby Compani p: 118. st. Louis. 1966.
- 14.- Meller J.: Zur klinik an pathologischen anatomil des Herpes Zoster uveal. Z. anngen 43: 450. 1920.
- 15.- Patterson, A., fox, A.D., Davies, G., Mazuire, C., P.J.H., wright, P., rise N.S.C., cobb B., and Jones, B. R.: controlled Studies of IDU in the tratament of Herpetic Keratitis, trans ophthalmol. Soc. U.K. 83: 583. 1963.
- 16.- Polak F.M., M.D.: Diagnóstico y tratamiento de las Queratitis Herpéticas. Revista de la Sociedad de Colombia de Oftalmología. Vol. 11 pp 129 a 135. 1971.
- 17.- Lara C. G. et.al.: Estudio clínico sobre Isoprinosine en - varicela Sarampión Herpangina: Guatemala, C.A.

BR.

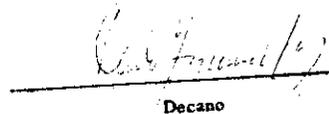
  
Asesor.

  
Revisor.

  
Director de Fase III.

  
Secretario General

Vo. Bo.

  
Decano