

Úlcera corneal secundaria a viruela del mono (monkeypox): a propósito de un caso clínico

Sara Sabino. MSc, Col. 19.615
Alba Rocío Serrano Peluffo. PhD. Oftalmóloga
 Institut Clínic d'Oftalmologia (ICOF),
 Hospital Clínic de Barcelona

Resumen

Presentamos el caso de un paciente VIH+ con antecedente de infección por Monkeypox (MPOX), que desarrolló una úlcera corneal y queratitis en el ojo izquierdo (OI). El diagnóstico fue confirmado mediante PCR de frotis conjuntival. Se describe la evolución clínica, el abordaje multidisciplinar y el papel del óptico-optometrista en el seguimiento visual y la derivación especializada.

Palabras clave: Viruela del mono, úlcera corneal, MPOX, optometría clínica, infección ocular, lente escleral, recidiva.

PUNTOS CLAVE

- La infección por virus Monkeypox (MPOX) puede causar complicaciones oculares graves, especialmente en pacientes inmunodeprimidos.
- Este caso clínico documenta una úlcera corneal activa secundaria a MPOX, con diagnóstico confirmado por PCR en frotis conjuntival.
- El abordaje se realizó desde oftalmología, con participación del departamento de optometría en el seguimiento visual, la toma de imágenes clínicas y el control evolutivo.
- Se utilizaron OCT y topografía corneal como pruebas complementarias para descartar afectación retiniana y planificar la rehabilitación visual.
- La lente escleral se propuso como alternativa rehabilitadora ante el leucoma paracentral y el astigmatismo irregular residual.

Introducción

La viruela del mono o MPOX es una zoonosis viral causada por el virus Monkeypox, perteneciente al género *Orthopoxvirus*, estrechamente relacionado con el virus de la viruela humana¹. Aunque históricamente se limitaba a regiones endémicas de África Central y

Occidental, en mayo de 2022 se notificó un brote multinacional sin precedentes que afectó a más de 100 países². La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró este brote como emergencia de salud pública de importancia internacional el 23 de julio de 2022³. Hasta abril de 2025, se han confirmado más de 138.000 casos y 328 fallecimientos en 133 países⁴. En España, se registraron 8.178 casos confirmados, con tres muertes⁴, lo que posiciona al país como uno de los más afectados de Europa.

Las manifestaciones clínicas típicas incluyen fiebre, linfadenopatía y erupciones cutáneas. No obstante, la afectación ocular —aunque infrecuente— puede resultar clínicamente significativa. En una revisión sistemática reciente, se identificó la conjuntivitis como la manifestación ocular más común, seguida de queratitis, lesiones palpebrales y, en casos graves, pérdida visual⁵. En países endémicos, la prevalencia de conjuntivitis en pacientes con MPOX alcanza hasta el 23%, sobre todo en niños menores de 10 años⁶.

En el brote de 2022, las complicaciones oculares representaron menos del 1% de los casos notificados en Europa⁷. Esta disparidad respecto a regiones africanas puede deberse a factores como el acceso a atención médica, la inmunidad previa por vacunación y la virulencia de las cepas circulantes⁸.

Dado que las manifestaciones oculares pueden preceder, coincidir con los síntomas cutáneo-mucosos o incluso recidivar⁹, es fundamental que los profesionales de la visión estén en alerta ante signos como ojo rojo, fotofobia o defectos epiteliales atípicos, especialmente en pacientes inmunodeprimidos o con antecedentes de exposición reciente a MPOX. El diagnóstico precoz y la derivación adecuada pueden ser decisivos para prevenir secuelas visuales permanentes¹⁰.

Descripción del caso

Paciente varón de 45 años, VIH positivo desde 2017, en tratamiento estable con Bictegravir/Emtricitabina/Tenofovir (*Biktarvy*®), carga viral indetectable y CD4 >590 células/μL. Acude en noviembre de 2022 al Servicio de Urgencias de Oftalmología del Hospital Clínic de Barcelona por OI rojo, doloroso, fotofóbico y con pérdida visual de tres días de evolución. No refiere antecedentes oculares previos relevantes, salvo un episodio de queratitis tratado en otra comunidad autónoma con aparente resolución.

En la anamnesis ampliada, el paciente refiere antecedente de infección por MPOX en agosto de 2022 con lesiones cutáneas y afectación mucosa oral y genital, tratada con *Tecovirimat* oral 600 mg/12h durante 14 días. No reporta nuevos contactos sexuales desde entonces.

La agudeza visual inicial fue de contar dedos a dos metros en el OI y de 1.0 corregida en el ojo derecho (OD).

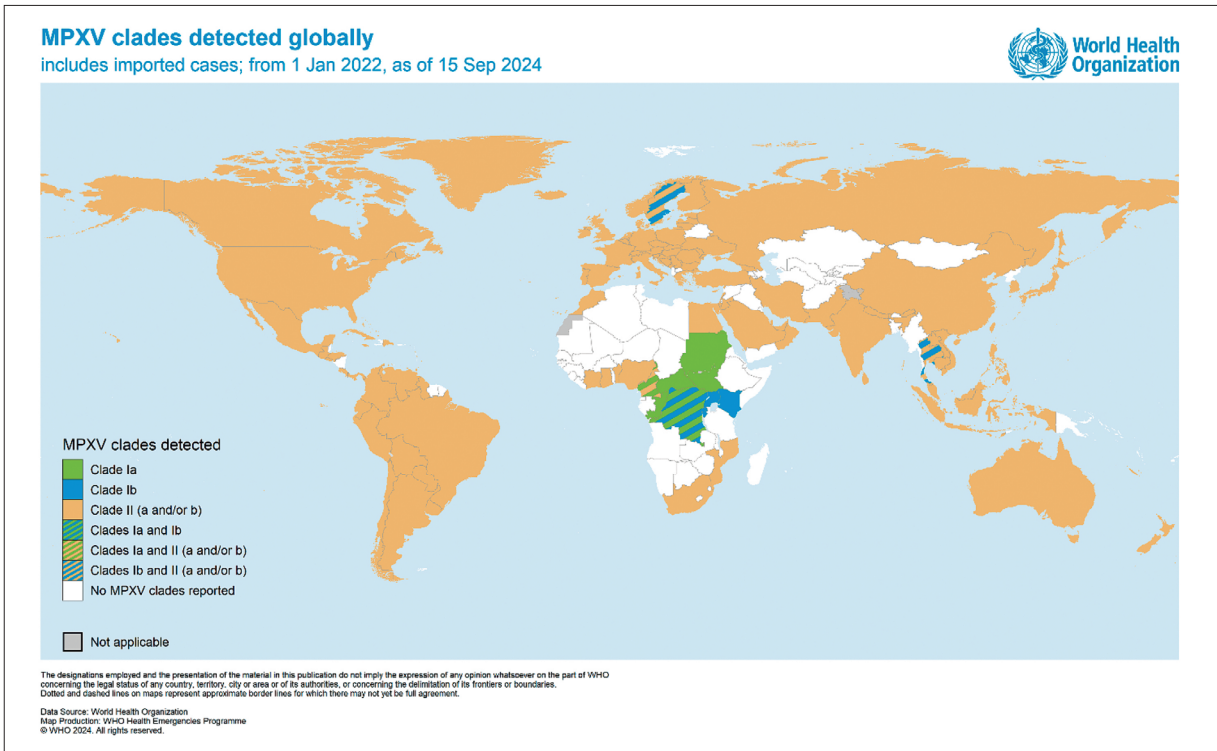


FIGURA 1

Distribución mundial de las variantes genéticas (clados) del virus MPOX por país, a 17 de septiembre de 2024. Fuente: OMS. Informe de situación externa multi-país N° 37.

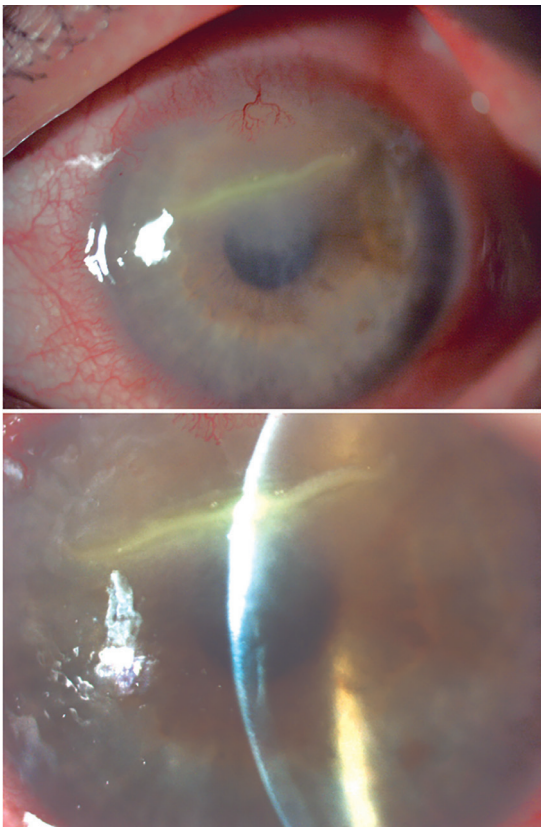


FIGURA 2

Imagen en lámpara de hendidura del OI con luz blanca (noviembre 2022). Arriba, visualización con luz difusa que permite observar la hiperemia conjuntival y la localización superior de la úlcera corneal. Abajo, detalle con iluminación en sección óptica que muestra el grosor del infiltrado, edema estromal y pliegues en Descemet.

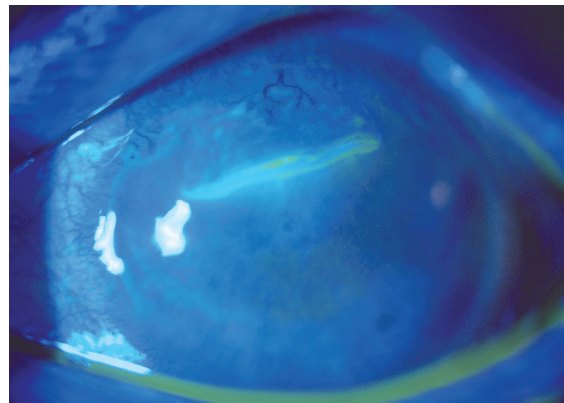


FIGURA 3

Imagen del ojo izquierdo con fluoresceína y luz azul cobalto (noviembre de 2022). Imagen tras instilación de fluoresceína sódica y visualización con luz azul cobalto, en la que se observa defecto epitelial lineal superior infiltrado compatible con úlcera corneal, sin patrón dendrítico.

La exploración con lámpara de hendidura reveló: en el OI, úlcera lineal infiltrada horizontal de 4,2 mm en hemicórnea superior, edema estromal de predominio superior, neovascularización superficial superior y precipitados queráticos pigmentados. En el OD, la biomicroscopía no mostró alteraciones significativas: conjuntiva normocoloreada, córnea clara fluo negativa y cámara anterior sin reacción inflamatoria. Se descartó inicialmente una endotelitis herpética. Se tomaron muestras para cultivo y PCR, con resultado positivo para MPOX en frotis conjuntival (OI) y negativo en el resto de las localizaciones. ↪

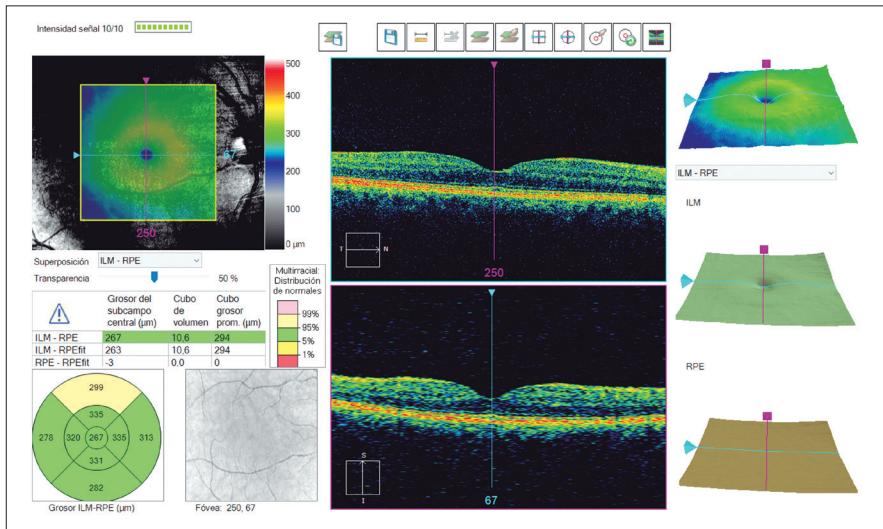


FIGURA 4

OCT macular del OD. Imagen de buena calidad que muestra un perfil foveal normal y sin alteraciones estructurales. No se observaron signos de afectación del segmento posterior.

Descripción

Ante el resultado positivo, se reintrodujo tratamiento con *Tecovirimat* vía oral y se instauró pauta combinada tópica con eritromicina, povidona yodada y posteriormente dexametasona tópica tras 48 horas sin respuesta inflamatoria intensa. Se suspendieron tratamientos antibacterianos reforzados y clorhexidina.

Se realizaron también OCT maculares bilaterales. En el OI, la calidad de imagen se vio limitada por la opacidad corneal, aunque se apreció un perfil foveal conservado. En el OD, la OCT fue normal, sin hallazgos compatibles con afectación del segmento posterior. Estos resultados permitieron enfocar el tratamiento en la patología corneal, descartando compromiso retiniano.

Durante las semanas siguientes, el paciente mostró mejoría clínica progresiva. Se documentó cierre del defecto epitelial, resolución de la úlcera corneal con reducción de la hiperemia y estabilización de la AV corregida a 0.6 Snellen. Se mantuvo control evolutivo cada 2-3 meses. En las visitas sucesivas se constató como secuela un leucoma paracentral superior con afectación del eje visual, vascularización corneal estable, sin signos de actividad inflamatoria, *tyndall* ni picos de presión intraocular.

En la revisión de marzo de 2023 se documentó una exploración oftalmológica sin cambios. La biomicroscopía confirmó la ausencia de signos inflamatorios activos.

Se realizaron topografías corneales con *Pentacam*® que evidenciaron irregularidad corneal y astigmatismo inducido, especialmente en el OI secundario a leucoma residual. Estos hallazgos, junto con la afectación del eje visual, motivaron la propuesta de adaptación con lente

de contacto escleral como primera opción rehabilitadora con el objetivo de mejorar la AV y confort ocular. Ante una respuesta subóptima, se consideró como segunda opción el tratamiento quirúrgico corneal (queratoplastia penetrante o lamelar anterior profunda), en función de la estabilidad del caso y evolución topográfica.

Discusión

Este caso representa una manifestación inusual pero significativa de infección por MPOX, que puede afectar estructuras oculares incluso meses después de la resolución cutáneo-mucosa. La identificación del virus en frotis conjuntival en ausencia de lesiones activas en otras localizaciones remarca la importancia de la PCR ocular en el diagnóstico diferencial de queratitis atípicas¹⁻¹⁰.

Desde un enfoque optométrico, destaca la importancia del cribado visual, el reconocimiento de signos de alarma como pérdida brusca de agudeza visual, ojo rojo, fotofobia y defectos epiteliales no justificables por causas comunes. En este paciente, el manejo multidisciplinar entre óptico-optometrista, oftalmólogo e infectólogo permitió una intervención terapéutica precoz, evitando complicaciones visuales más severas.

La afectación del eje visual por leucoma plantea un reto en la rehabilitación visual. Las lentes esclerales ofrecen una solución no invasiva eficaz en estos casos, al proporcionar una superficie óptica regular sobre una córnea irregular. No obstante, su uso requiere supervisión y seguimiento por parte del profesional de la visión, especialmente en pacientes con riesgo de recidiva o antecedentes inmunológicos.

NOTAS DE APLICACIÓN PRÁCTICA

- Aunque el MPOX es conocido por sus manifestaciones cutáneas, también puede causar patología ocular significativa que requiere atención multidisciplinar.
- La colaboración entre optometría y oftalmología permite un seguimiento más estrecho, íntegro, seguro y eficaz del paciente afectado que puede facilitar la detección temprana de recidivas o secuelas con un abordaje precoz y adecuado.
- El reconocimiento precoz de defectos epiteliales atípicos sumado a una buena anamnesis por parte del óptico-optometrista puede acelerar la derivación y prevenir secuelas visuales permanentes.

FIGURA 5

OCT macular del OI. Imagen con calidad limitada debido a la opacidad de los medios corneales. A pesar de ello, se intuye un perfil foveal conservado, sin signos de afectación retiniana evidente.

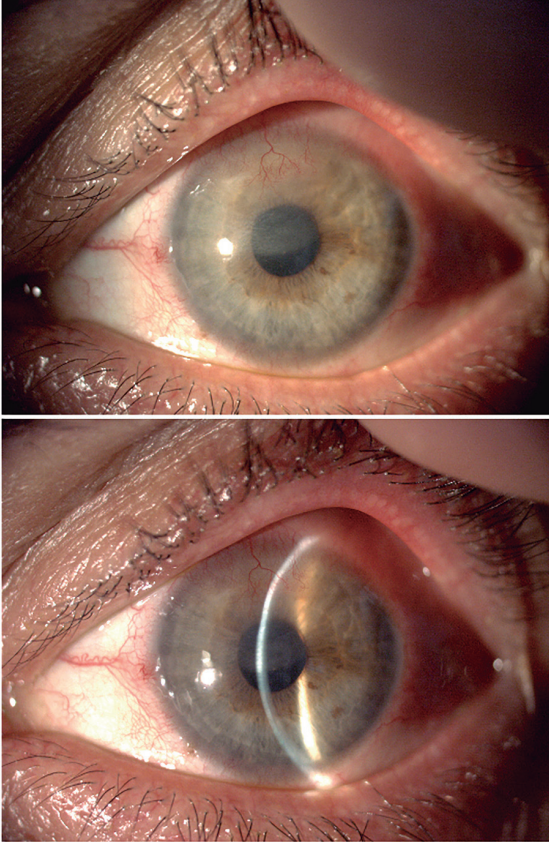
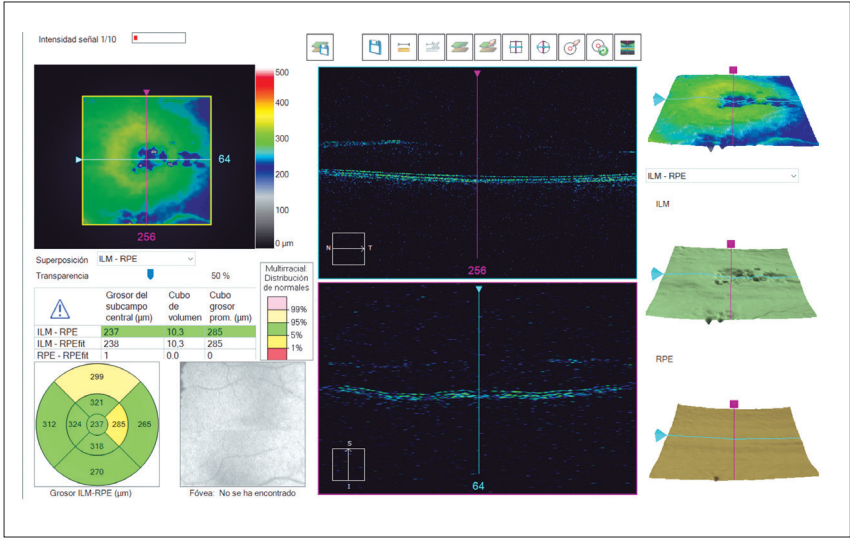


FIGURA 6

Imagen en lámpara de hendidura del OI con luz blanca (marzo de 2023). Arriba, visualización con luz difusa que muestra un leucoma paracentral con vascularización corneal sin cambios. Abajo, sección óptica que confirma la resolución del defecto epitelial y ausencia de signos inflamatorios activos.

Conclusiones

La viruela del mono puede generar complicaciones oculares graves, como úlceras corneales, con riesgo real de pérdida visual permanente. Este caso pone en evidencia el valor del abordaje interdisciplinar, la necesidad de incluir MPOX en el diagnóstico

diferencial de queratitis persistentes y el papel clave del óptico-optometrista en la identificación, derivación y seguimiento de estos pacientes. La recuperación funcional en estos casos depende de múltiples factores, entre ellos la detección temprana, la adherencia terapéutica, el estado de inmunidad y la disponibilidad de tratamientos ópticos o quirúrgicos personalizados.

Bibliografía

- Sklenovská N, Van Ranst M. Emergence of Monkeypox as the Most Important Orthopoxvirus Infection in Humans. *Front Public Health*. 2018; 6:241.
- Bunge EM, Hoet B, Chen L, Lienert F, Weidenthaler H, Baer LR, Steffen R. The changing epidemiology of human monkeypox—A potential threat? A systematic review. *PLoS Negl Trop Dis*. 2022;16(2): e0010141.
- World Health Organization. WHO director-general declares the ongoing monkeypox outbreak a Public Health Emergency of International Concern; 2022.
- European Centre for Disease Prevention and Control. Monkeypox situation update, April 2025.
- McCarthy MW, Snyder DL, Blumberg EA. Ocular manifestations of monkeypox virus infection. *Clin Infect Dis*. 2023;76(4): e1533–e1537.
- Huhn GD, Bauer AM, Yorita K, et al. Clinical characteristics of human monkeypox, and risk factors for severe disease. *Clin Infect Dis*. 2005;41(12):1742–51.
- Mitjà O, Alemany A, Marks M, et al. Mpox in the European Region: update and public health implications. *Eurosurveillance*. 2023;28(4):2300034.
- Vaughan A, Aarons E, Astbury J, et al. Human-to-Human Transmission of Monkeypox Virus, United Kingdom, October 2018. *Emerg Infect Dis*. 2020;26(4):782–5.
- Raccagni AR, Clemente T, Ranzenigo M, Cicinelli MV, Castagna A, Nozza S. Persistent ocular mpox infection in an immunocompetent individual. *Lancet Infect Dis*. 2023 Jun; 23(6):652-3. doi: 10.1016/S1473-3099(23)00266-9.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Clinical recognition of monkeypox. Disponible en: <https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/clinicians/clinical-recognition.html>