

Queratitis herpética epitelial y estromal en paciente pediátrico: reporte de caso clínico

Epithelial and Stromal Herpetic Keratitis in a Pediatric Patient: A Case Report

<https://doi.org/10.58995/redlic.rmiv.v5.n1.a224>



María Isabel Sánchez Dávila ¹, Ericka Andreina Intriago Rengifo  ^{2*}
Carlos Antonio Domínguez Coello ³

¹ Universidad Politécnica Estatal del Carchi

Médico Especialista en Pediatría, Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde

isasanchezd@hotmail.com

Guayaquil, Ecuador.

² Médico Posgradista de Pediatría, Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde

Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

erickaandreina1994@gmail.com

Guayaquil, Ecuador

³ Médico Posgradista de Pediatría, Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde

Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

carlos376@live.com

Guayaquil, Ecuador

¿Como citar?

Sánchez Dávila , M. I. ., Intriago Rengifo, E. A. ., & Domínguez Coello, C. A. . (2027). Queratitis herpética epitelial y estromal en paciente pediátrico: reporte de caso clínico. *Revista Multidisciplinaria Investigación Contemporánea*, 5(1). <https://doi.org/10.58995/redlic.rmiv.v5.n1.a224>

Recibido: 09-05-2026

Aceptado: 02-09-2026

Publicado: 01-01-2027

Nota del editor

REDLIC se mantiene neutral con respecto a reclamos jurisdiccionales en mensajes publicados y afiliaciones institucionales.

Editorial

Red Editorial Latinoamericana de Investigación Contemporánea (REDLIC)
www.editorialredlic.com

Fuentes de financiamiento

La investigación fue realizada con recursos propios

Conflictos de interés

No presentan conflicto de intereses.



Este es un artículo de acceso abierto, bajo licencia [Creative Commons \(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) de Atribución 4.0 Internacional

Resumen

La queratitis herpética es una infección corneal causada principalmente por el virus herpes simple tipo 1 y constituye una de las principales causas de ceguera corneal infecciosa a nivel mundial. Se estima que la incidencia global de herpes ocular alcanza aproximadamente 1.5 millones de casos nuevos por año, con alrededor de 40 000 casos de discapacidad visual severa asociada. En la población pediátrica representa entre el 10 y el 15% de los casos, caracterizándose por mayor riesgo de recurrencia, compromiso estromal y secuelas visuales permanentes. Se presenta el caso de un paciente masculino de 7 años que consultó por fiebre, dolor ocular, fotofobia y lesiones vesiculares perioculares en el ojo izquierdo. El examen oftalmológico evidenció hiperemia conjuntival, leucoma central y lesiones dendríticas compatibles con queratitis herpética epitelial y estromal. El manejo incluyó limpieza quirúrgica, tratamiento antiviral tópico y sistémico y antibioticoterapia profiláctica, con evolución clínica favorable. Este caso destaca la importancia del diagnóstico precoz, la sospecha clínica oportuna y el manejo multidisciplinario para prevenir perforación corneal y pérdida visual permanente.

Palabras clave: queratitis herpética, úlcera corneal, pediatría, virus herpes simple, reporte de caso

Abstract

Herpetic keratitis is a corneal infection mainly caused by herpes simplex virus type 1 and represents one of the leading causes of infectious corneal blindness worldwide. The global incidence of ocular herpes is estimated at approximately 1.5 million new cases annually, including nearly 40,000 cases associated with severe visual impairment. In the pediatric population, it accounts for 10–15% of cases and is associated with a higher risk of recurrence, stromal involvement, and permanent visual sequelae. We report the case of a 7-year-old male who presented with fever, ocular pain, photophobia, and periocular vesicular lesions affecting the left eye. Ophthalmologic examination revealed conjunctival hyperemia, central corneal leukoma, and dendritic lesions compatible with epithelial and stromal herpetic keratitis. Management included surgical debridement, topical and systemic antiviral therapy, and prophylactic antibiotic treatment, with favorable clinical evolution. This case highlights the importance of early diagnosis, prompt clinical suspicion, and multidisciplinary management to prevent corneal perforation and permanent vision loss.

Keywords: herpetic keratitis, corneal ulcer, pediatrics, herpes simplex virus, case report

1. Introducción

La queratitis herpética es una infección corneal causada principalmente por el virus herpes simple tipo 1 y constituye una de las principales causas de ceguera corneal de origen infeccioso a nivel mundial. Se estima que cada año se producen aproximadamente 1.7 millones de nuevos casos

de queratitis herpética en el mundo, con una incidencia cercana a 24 casos por cada 100 000 habitantes por año, y alrededor de 230 000 personas desarrollan algún grado de discapacidad visual monocular asociada a esta enfermedad (1,2). El virus herpes simple tipo 1 se transmite principalmente

por contacto directo con secreciones infectadas y establece latencia en el ganglio trigémino, lo que favorece episodios de reactivación viral que pueden afectar la superficie ocular y provocar daño corneal progresivo (3).

Desde el punto de vista clínico, la queratitis herpética puede manifestarse en diferentes formas, entre las que destacan la queratitis epitelial, estromal y endotelial. La forma epitelial se caracteriza por la presencia de lesiones dendríticas corneales visibles mediante tinción con fluoresceína, mientras que el compromiso estromal se asocia con inflamación corneal profunda y mayor riesgo de complicaciones como adelgazamiento corneal, cicatrización y perforación corneal. En la práctica clínica, el diagnóstico es fundamentalmente clínico y se basa en la evaluación oftalmológica mediante biomicroscopía con lámpara de hendidura; sin embargo, pruebas moleculares como la reacción en cadena de la polimerasa pueden contribuir a confirmar la etiología viral en casos seleccionados (4,5).

En población pediátrica, la queratitis herpética representa aproximadamente entre 10 % y 15 % de los casos reportados de queratitis herpética, aunque su frecuencia real podría estar subestimada debido a dificultades diagnósticas en las etapas iniciales. En América Latina, la infección por virus herpes simple tipo 1 presenta una elevada seroprevalencia, estimándose que entre el 60 % y el 90 % de la población adulta ha estado expuesta al virus, lo que favorece la aparición de manifestaciones clínicas, incluidas las oculares, desde edades tempranas (6). Estudios epidemiológicos regionales señalan que las infecciones herpéticas oculares representan una proporción importante de las queratitis virales atendidas en servicios de oftalmología en

América Latina, donde los factores socioeconómicos, el acceso limitado a atención especializada y el diagnóstico tardío pueden influir en la evolución clínica y el riesgo de complicaciones visuales (7).

En Ecuador, aunque existen pocos estudios epidemiológicos específicos sobre queratitis herpética ocular, las infecciones por virus herpes simple constituyen un problema relevante de salud pública en la región, y su manifestación ocular puede presentarse en pacientes pediátricos con compromiso corneal potencialmente grave. En este contexto, el reconocimiento clínico precoz y el manejo oportuno resultan fundamentales para evitar complicaciones visuales permanentes. Por ello, el objetivo del presente trabajo es describir el caso clínico de un paciente pediátrico con queratitis herpética epitelial y estromal con compromiso corneal atendido en un hospital pediátrico de referencia, resaltando sus características clínicas, el abordaje diagnóstico y el manejo terapéutico instaurado.

2. Caso clínico

Se presenta el caso de un paciente masculino de 7 años, mestizo, sin antecedentes patológicos personales relevantes y con esquema de vacunación completo para su edad. El paciente fue llevado al servicio de emergencia pediátrica del Hospital Roberto Gilbert Elizalde por su madre debido a un cuadro clínico de siete días de evolución caracterizado inicialmente por fiebre de hasta 39 °C que cedía parcialmente con antipiréticos. Posteriormente, aparecieron síntomas oculares progresivos en el ojo izquierdo, incluyendo dolor ocular, fotofobia, epífora e hiperemia conjuntival, acompañados de lesiones vesiculares en la región periorbitaria. Ante la persistencia de

los síntomas, el paciente fue valorado en consulta externa de oftalmología, donde se indicó ingreso hospitalario para evaluación especializada y manejo.

Al ingreso hospitalario, el paciente se encontraba febril, hemodinámicamente estable y con adecuada perfusión periférica. Los signos vitales evidenciaron frecuencia cardíaca de 120 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 22 respiraciones por minuto y presión arterial de 99/68 mmHg. El examen físico general reveló lesiones eritematosas vesiculares periorbitarias en el ojo izquierdo, hiperemia conjuntival y fotofobia marcada. El resto del examen físico por sistemas no evidenció alteraciones relevantes.

En la evaluación oftalmológica se evidenció hiperemia conjuntival localizada principalmente en el sector nasal del ojo izquierdo, asociada a inyección conjuntival y leve edema periocular. La superficie corneal mostró opacidad central compatible con leucoma corneal, asociada a irregularidad epitelial sugestiva de lesión ulcerativa. Mediante tinción con fluoresceína se identificaron lesiones dendríticas corneales de bordes irregulares con patrón arboriforme, compatibles con queratitis herpética epitelial, además de una lesión geográfica de mayor tamaño en el sector superior corneal. No se evidenciaron signos de hipopión ni secreción purulenta en la cámara anterior. El cristalino se observó transparente y el polo posterior mostró reflejo macular conservado, aunque la evaluación periférica se vio limitada por la opacidad corneal.

Los estudios de laboratorio iniciales evidenciaron leucocitosis leve con 13 180 células/ μ L, hemoglobina de 12.3 g/dL, hematocrito de 35.9 % y trombocitosis de 507 000 plaquetas/ μ L. La proteína C reactiva se encontró elevada con un valor de 23.8

mg/L. Los electrolitos séricos, pruebas de función renal y pruebas de coagulación se encontraron dentro de parámetros normales. En los estudios serológicos se evidenció inmunoglobulina G positiva para virus herpes simple tipo 1 con un valor de 74.84, mientras que la inmunoglobulina M resultó negativa.

Ante la sospecha de queratitis herpética complicada con úlcera corneal, el paciente fue llevado a quirófano para exploración ocular bajo anestesia. Durante el procedimiento se confirmó la presencia de lesiones dendríticas corneales compatibles con queratitis herpética epitelial con extensión geográfica, además de leucoma central corneal. Se realizó limpieza quirúrgica de la superficie ocular, toma de muestra de epitelio corneal para estudio microbiológico mediante reacción en cadena de la polimerasa para virus herpes y se administró inyección subconjuntival de aciclovir (2.5 mg) asociado a amikacina.

Posteriormente, se inició tratamiento con aciclovir ungüento oftálmico cada cuatro horas, moxifloxacino colirio cada seis horas y aciclovir intravenoso a dosis pediátrica de 30 mg/kg/día dividido cada ocho horas. El paciente permaneció hospitalizado bajo vigilancia clínica y seguimiento multidisciplinario por pediatría, oftalmología e infectología.

Durante la hospitalización se solicitó valoración por infectología, quienes recomendaron continuar terapia antiviral intravenosa y considerar tratamiento supresivo con aciclovir oral posterior al alta hospitalaria debido al riesgo de recurrencia. Los resultados de la reacción en cadena de la polimerasa para virus herpes en epitelio corneal resultaron negativos; sin embargo, el diagnóstico se mantuvo sustentado en

la presentación clínica característica y los hallazgos oftalmológicos.

En la evolución clínica se observó mejoría progresiva de los signos inflamatorios oculares, con disminución del dolor y la fotofobia. Se añadieron lubricantes oculares

y suero autólogo como parte del manejo de la superficie ocular. El paciente permaneció hemodinámicamente estable durante su estancia hospitalaria y presentó evolución clínica favorable.

2.1. Figuras, tablas y esquemas

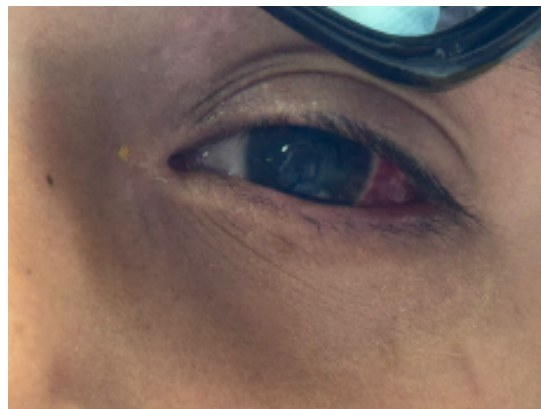
Tabla 1.

Exámenes auxiliares realizados al paciente

Examen	Resultado	Valores referenciales
Leucocitos	13 180/ μ L	4 000 – 10 000 / μ L
Neutrófilos	45.5 %	40 – 70 %
Linfocitos	38.3 %	20 – 45 %
Hemoglobina	12.3 g/dL	11.5 – 15.5 g/dL
Hematocrito	35.9 %	35 – 45 %
Plaquetas	507 000/ μ L	150 000 – 450 000 / μ L
Proteína C reactiva	23.8 mg/L	< 5 mg/L
Urea	13.5 mg/dL	10 – 40 mg/dL
Creatinina	0.33 mg/dL	0.3 – 0.7 mg/dL
Glucosa	89 mg/dL	70-100 mg/dL
Sodio	136.9 mmol/L	135 – 145 mmol/L
Potasio	4.0 mmol/L	3.5 – 5.0 mmol/L
Cloro	101 mmol/L	98 – 107 mmol/L
TGO (AST)	28 U/L	10 – 40 U/L
TGP (ALT)	12 U/L	7 – 56 U/L
Ácido úrico	3.2 mg/dL	2.0 – 5.5 mg/dL
TP	12.4 s	11 – 14 s
TTP	30.2 s	25 – 35 s
INR	1.28	0.8 – 1.2
HSV-1 IgG	74.84	Negativo < 1
HSV-1 IgM	Negativo	Negativo
HSV-2 IgG	0.08	Negativo < 1
HSV-2 IgM	Negativo	Negativo
PCR HSV-1	No detectado	No detectable

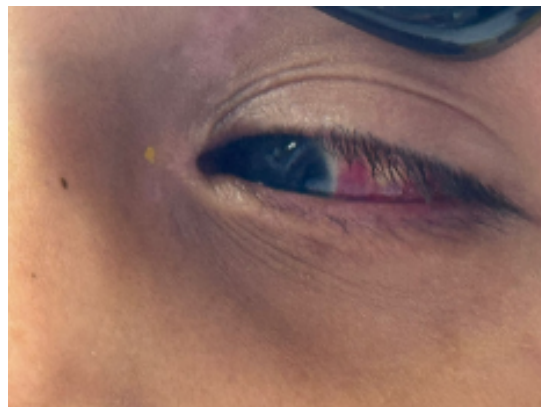
Fuente: Elaboradas por el autor (2025)

Figura 1. Fotografía clínica del ojo izquierdo de un paciente pediátrico que muestra hiperemia conjuntival localizada predominante en el sector nasal, asociada a congestión vascular de la conjuntiva bulbar. Se observa opacidad corneal central de aspecto blanquecino compatible con leucoma corneal, con irregularidad de la superficie epitelial sugestiva de lesión ulcerativa activa. La lesión corneal presenta bordes irregulares y áreas de adelgazamiento aparente, hallazgos compatibles con queratitis herpética con compromiso epitelial y estromal. Además, se evidencia discreto edema palpebral y leve reacción inflamatoria periocular, hallazgos que reflejan el proceso inflamatorio asociado a la infección viral de la superficie ocular.



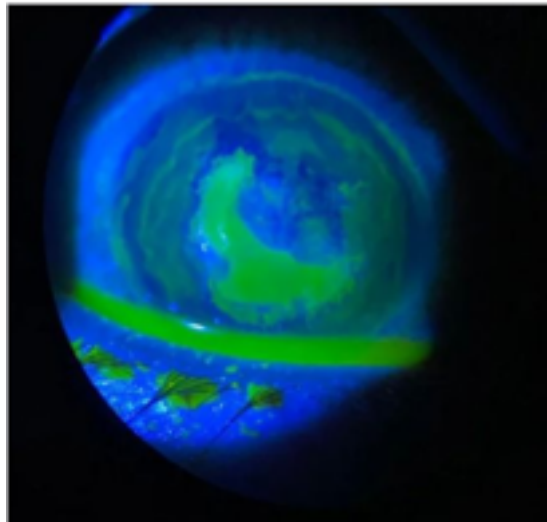
Fuente: Archivo clínico del Hospital de Niños "Dr. Roberto Gilbert Elizalde". Elaboración propia de los autores.

Figura 2. Fotografía clínica del ojo izquierdo del paciente pediátrico en la que se evidencia hiperemia conjuntival focal predominante en el sector nasal, asociada a congestión vascular de la conjuntiva bulbar y reacción inflamatoria de la superficie ocular. Se observa opacidad corneal central de aspecto blanquecino con pérdida parcial de la transparencia corneal, compatible con cicatrización corneal o leucoma secundario a proceso inflamatorio previo. La superficie corneal presenta irregularidad epitelial con áreas sugestivas de ulceración corneal activa, hallazgo compatible con queratitis herpética con compromiso epitelial y estromal. Además, se aprecia discreto edema periocular y leve inflamación del borde palpebral, hallazgos que reflejan el proceso inflamatorio ocular asociado a la infección viral.



Fuente: Archivo clínico del Hospital de Niños "Dr. Roberto Gilbert Elizalde". Elaboración propia de los autores.

Figura 3. Fotografía clínica del ojo izquierdo obtenida mediante tinción corneal con fluoresceína bajo iluminación azul. Se observa captación intensa de fluoresceína por un defecto epitelial corneal amplio, de configuración irregular y geográfica, compatible con ulceración epitelial activa. La extensión y confluencia del defecto epitelial, en correlación con los hallazgos clínicos descritos, es compatible con queratitis herpética epitelial con lesión geográfica.



Fuente: Archivo clínico del Hospital de Niños “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”. Elaboración propia de los autores. Fuente: Elaboradas por el autor (2025)

3. Discusión

La queratitis herpética en edad pediátrica representa un reto diagnóstico y terapéutico debido a su presentación clínica variable, al riesgo de secuelas visuales y a la posibilidad de ambliopía secundaria cuando el compromiso corneal es central o recurrente. En el presente caso, la combinación de fiebre, fotofobia, epífora, hiperemia conjuntival, lesiones vesiculares perioculares y hallazgos corneales característicos permitió orientar el diagnóstico hacia queratitis herpética con compromiso epitelial y estromal. Este patrón clínico coincide con lo reportado en la literatura, donde las lesiones dendríticas lineales y ramificadas con bulbos terminales, que pueden progresar a úlceras geográficas, constituyen

hallazgos clásicos de la enfermedad activa observados en la biomicroscopía corneal mediante tinción con fluoresceína, siendo considerados criterios diagnósticos clínicos altamente sugestivos de infección por virus herpes simple en la superficie ocular. Estas lesiones representan el resultado de la replicación viral en el epitelio corneal y la destrucción celular asociada a la respuesta inflamatoria local (8).

En la población pediátrica, la enfermedad suele diagnosticarse con retraso con mayor frecuencia que en adultos, debido a síntomas iniciales inespecíficos o a la superposición con otras causas de queratoconjuntivitis viral o bacteriana. Bodack describió que la queratitis herpética infan-

til es con frecuencia subestimada, y que los pacientes pediátricos presentan mayor probabilidad de enfermedad estromal, cicatrización corneal y recurrencias, con el consiguiente riesgo de disminución visual y ambliopía. Este riesgo se incrementa cuando la lesión compromete el eje visual o cuando el diagnóstico se realiza tardíamente, lo que resalta la importancia del reconocimiento temprano de la enfermedad en el contexto pediátrico. En el paciente presentado, el compromiso epitelial y estromal con leucoma central y riesgo de perforación corneal justificó el manejo hospitalario y el abordaje multidisciplinario, concordando con lo descrito en cohortes pediátricas recientes donde la gravedad del compromiso corneal condiciona la necesidad de manejo intensivo y seguimiento especializado (9).

Uno de los aspectos más relevantes del caso fue la discordancia entre la fuerte sospecha clínica y el resultado negativo de la reacción en cadena de la polimerasa en epitelio corneal. Este hallazgo no excluye el diagnóstico de queratitis herpética. Se ha descrito que la sensibilidad de la reacción en cadena de la polimerasa puede verse afectada por la carga viral, el momento de la toma de muestra, el inicio previo de antivirales, la superficialidad del raspado o la fase evolutiva de la lesión (10). En particular, cuando el paciente ha recibido tratamiento antiviral previo, la replicación viral puede disminuir significativamente, reduciendo la probabilidad de detección molecular. Asimismo, en lesiones avanzadas o cicatrizales, la carga viral puede ser insuficiente para la amplificación del material genético viral. En este contexto, diversos autores señalan que el diagnóstico de queratitis herpética continúa siendo predominantemente clínico y sustentado por la semiología ocular característica (11).

Desde la perspectiva terapéutica, el paciente recibió un manejo acorde con la gravedad del cuadro: limpieza quirúrgica, inyección subconjuntival de aciclovir asociada a amikacina, tratamiento antiviral tópico y antiviral sistémico intravenoso. Aunque gran parte de la evidencia terapéutica deriva de estudios en adultos, los principios de manejo han sido extrapolados a la edad pediátrica. Las formas epiteliales activas requieren supresión de la replicación viral mediante antivirales tópicos u orales, mientras que el compromiso estromal obliga a un control más estrecho debido al mayor riesgo de necrosis corneal, adelgazamiento progresivo y perforación ocular. En el presente caso, la ausencia de hipopión y la estabilidad clínica sistémica fueron elementos favorables; sin embargo, la presencia de una lesión geográfica extensa y leucoma central apoyó la necesidad de una conducta terapéutica intensiva y vigilancia oftalmológica estrecha (12).

En relación con el uso de corticoides, la conducta adoptada fue adecuada al diferir su inicio hasta la resolución del componente epitelial activo. Este punto es fundamental, ya que los corticoides tópicos pueden agravar una lesión epitelial herpética si se emplean en presencia de replicación viral activa, favoreciendo la expansión de la úlcera corneal. Por el contrario, en la queratitis estromal no ulcerativa existe evidencia que respalda el uso de corticoides tópicos en combinación con cobertura antiviral, lo que permite reducir la inflamación estromal, limitar el daño tisular mediado por el sistema inmunitario y mejorar el pronóstico visual. Las guías clínicas actuales recomiendan introducir la terapia antiinflamatoria de forma gradual una vez resuelta la fase epitelial activa (13,14).

Otro elemento destacable fue la indicación de profilaxis prolongada con aciclovir oral tras el alta hospitalaria. La recurrencia es uno de los principales determinantes del deterioro visual acumulativo en la queratitis herpética (15). Los estudios del Herpetic Eye Disease Study demostraron que el aciclovir oral reduce de manera significativa la recurrencia global de enfermedad ocular herpética y, en particular, la recurrencia de queratitis estromal. Estos hallazgos han establecido la base para el uso de profilaxis antiviral prolongada en pacientes con antecedentes de enfermedad recurrente o compromiso estromal significativo. En el caso presentado, la indicación de terapia supresiva prolongada se justifica por la severidad del episodio inicial y el riesgo de recurrencia con potencial compromiso visual permanente (16).

Las restricciones diagnósticas y terapéuticas del caso también deben ser reconocidas. En primer lugar, la negatividad de la reacción en cadena de la polimerasa impidió la confirmación microbiológica directa, aunque no invalidó la sospecha clínica basada en la semiología ocular característica. En segundo lugar, no se dispuso de documentación fotográfica seriada con tinción fluoresceínica durante toda la evolución, lo que habría permitido evaluar de forma más objetiva la respuesta terapéutica. Asimismo, la solicitud de alta a petición limitó la observación hospitalaria prolongada. Frente a estas limitaciones, alternativas razonables incluyen controles oftalmológicos seriados, evaluación inmunológica en casos de recurrencia y fortalecimiento de la adherencia al tratamiento antiviral profiláctico (18,19).

En comparación con otros reportes y series clínicas, el caso presentado es concordante con la literatura en varios aspectos:

edad escolar, compromiso ocular unilateral, presencia de lesión dendrítica o geográfica, compromiso estromal concomitante y riesgo de cicatriz corneal central. No obstante, aporta interés clínico por la severidad del compromiso corneal, la necesidad de procedimiento bajo anestesia y la coexistencia de hallazgos clínicos altamente sugestivos con resultado molecular negativo. Este escenario resalta la importancia del juicio clínico y de la evaluación oftalmológica detallada en el diagnóstico y manejo de la queratitis herpética (17).

En síntesis, este caso resalta que la queratitis herpética pediátrica puede presentarse como una enfermedad potencialmente amenazante para la visión, especialmente cuando existe compromiso epitelial extenso, afectación estromal y localización corneal central. El diagnóstico clínico precoz, la intervención oportuna, el uso racional de antivirales sistémicos y tópicos y la planificación de profilaxis antiviral a largo plazo constituyen pilares fundamentales del manejo clínico. Asimismo, pone de manifiesto la importancia del seguimiento multidisciplinario para reducir secuelas visuales permanentes y detectar tempranamente recurrencias o complicaciones (20).

4. Conclusiones

La queratitis herpética en población pediátrica representa un desafío diagnóstico debido a la variabilidad de su presentación clínica y a la similitud de sus manifestaciones iniciales con otras infecciones oculares. En el caso presentado, la identificación de signos clínicos característicos como las lesiones dendríticas corneales, asociadas a fotofobia, epífora e hiperemia conjuntival, permitió establecer una sospecha

diagnóstica temprana y orientar el manejo especializado de manera oportuna.

Este reporte evidencia que, en la práctica clínica, el diagnóstico de queratitis herpética continúa basándose fundamentalmente en la evaluación oftalmológica detallada y en los hallazgos observados mediante biomicroscopía corneal, incluso en situaciones en las que los estudios moleculares pueden resultar negativos. La correlación entre la semiología ocular y el contexto clínico del paciente sigue siendo un elemento determinante para el diagnóstico y la toma de decisiones terapéuticas.

El manejo oportuno mediante antivirales tópicos y sistémicos, acompañado de vigilancia oftalmológica estrecha y medidas terapéuticas dirigidas a la protección de la superficie ocular, resulta esencial para prevenir complicaciones potencialmente graves como el adelgazamiento corneal, la perforación o la formación de cicatrices centrales que puedan comprometer la agudeza visual. La evolución favorable observada en este caso resalta la importancia de la intervención temprana y del seguimiento clínico continuo.

Finalmente, este caso pone de manifiesto la relevancia del abordaje multidisciplinario en el manejo de la queratitis herpética pediátrica y destaca la necesidad de continuar desarrollando investigaciones clínicas orientadas a mejorar las estrategias de diagnóstico temprano, optimizar los esquemas terapéuticos y evaluar el impacto de la profilaxis antiviral en la prevención de recurrencias y secuelas visuales a largo plazo.

5. Contribución de los autores

MISD: Revisión final del artículo, supervisión académica, estructura metodológica del manuscrito y validación científica del contenido.

EAIR: Recolección de datos clínicos, revisión bibliográfica, análisis de resultados, redacción del caso clínico y discusión.

CADC: Recolección de información clínica, apoyo en análisis de resultados, revisión bibliográfica y corrección del manuscrito.

6. Aprobación del comité de ética y consentimiento para participar en el estudio

El presente manuscrito corresponde a un reporte de caso clínico retrospectivo, basado en revisión documental del historial clínico y fotografías clínicas anonimizadas, sin intervención experimental ni modificación terapéutica sobre el paciente. Por su naturaleza descriptiva, no requirió aprobación de comité de ética institucional.

Se obtuvo consentimiento informado firmado por el representante legal del paciente para el uso académico y científico de la información clínica e imágenes incluidas en el manuscrito, garantizando la confidencialidad, privacidad y anonimato del paciente conforme a los principios éticos de la Declaración de Helsinki.

7. Referencias

1. Farooq AV, Shukla D. Herpes simplex epithelial and stromal keratitis: an epidemiologic update. *Surv Ophthalmol*. 2012;57(5):448-462. <https://doi.org/10.1016/j.survophthal.2012.01.005>
2. Looker KJ, Margaret AS, May MT, Turner KME, Vickerman P, Gottlieb SL, Newman LM. Global and regional estimates of prevalent and incident herpes simplex virus type 1 infections in 2012. *PLoS One*. 2015;10(10):e0140765. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0140765>
3. Kaye SB, Choudhary A. Herpes simplex keratitis. *Prog Retin Eye Res*. 2022;87:100997. <https://doi.org/10.1016/j.preteyeres.2021.100997>
4. Wilhelmus KR. Antiviral treatment and prophylaxis of herpes simplex virus eye disease. *Curr Opin Ophthalmol*. 2021;32(4):314-320. <https://doi.org/10.1097/ICU.0000000000000762>
5. Liesegang TJ. Classification of herpes simplex virus keratitis and anterior uveitis. *Cornea*. 2021;40(9):1141-1151. <https://doi.org/10.1097/ICO.0000000000002645>
6. Sukik L, Alyafei M, Harfouche M, et al. Herpes simplex virus type 1 epidemiology in Latin America and the Caribbean: systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2019;14(4):e0215487. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215487>
7. Toma HS, Murillo-Solís AA. Pediatric herpes simplex keratitis: current challenges in diagnosis and management. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus*. 2020;57(6):379-388. <https://doi.org/10.3928/01913913-20201019-01>
8. Bodack MI. Pediatric herpes simplex keratitis. *Optom Vis Sci*. 2019;96(4):275-280. <https://doi.org/10.1097/OPX.0000000000001353>
9. Ulman EA, Acar DE, Yilmaz GC, et al. Clinical features of pediatric herpes simplex keratitis. *Ocul Immunol Inflamm*. 2024;32(3):459-465. <https://doi.org/10.1080/09273948.2023.2194537>
10. Valerio GS, Lin CC, Moss WN, et al. Ocular manifestations of herpes simplex virus. *Curr Opin Ophthalmol*. 2022;33(6):539-544. <https://doi.org/10.1097/ICU.0000000000000901>
11. Azher TN, Yin XT, Tajfirouz D, et al. Herpes simplex keratitis: challenges in diagnosis and clinical management. *Clin Ophthalmol*. 2017;11:185-191. <https://doi.org/10.2147/OPTH.S80475>
12. Labib BA, Chigbu DI. Clinical management of herpes simplex virus keratitis. *Diagnostics*. 2022;12(10):2368. <https://doi.org/10.3390/diagnostics12102368>
13. Sridhar U, Tripathy K. Commentary: Herpes simplex virus stromal keratitis preferred practice patterns among ophthalmologists vis-à-vis the Herpetic Eye Diseases Study. *Indian J Ophthalmol*. 2021;69(5):1340-1341. https://doi.org/10.4103/ijo.IJO_636_21
14. Herpetic Eye Disease Study Group. Oral acyclovir for herpes simplex virus eye disease. *Arch Ophthalmol*. 2000;118(8):1030-1036. <https://doi.org/10.1001/archophth.118.8.1030>
15. Herpetic Eye Disease Study Group. Acyclovir for prevention of recurrent herpes simplex virus eye disease. *N Engl J Med*. 2000;343(26):1902-1907. <https://doi.org/10.1056/NEJM200007063430207>

- J Med. 1998;339:300-306. <https://doi.org/10.1056/NEJM199807303390503>
16. Hsiao CH, Yeung L, Yeh LK, Kao LY, Tan HY, Wang NK, Lin KK, Ma DH. Pediatric herpes simplex virus keratitis. *Cornea*. 2009;28(3):249-253. <https://doi.org/10.1097/ICO.0b013e3181839aee>
 17. Schwartz GS, Holland EJ. Oral acyclovir for management of herpes simplex keratitis in children. *Ophthalmology*. 2000;107(2):278-282. [https://doi.org/10.1016/S0161-6420\(99\)00052-4](https://doi.org/10.1016/S0161-6420(99)00052-4)
 18. Luccarelli SV, Cheshmier A, Goldhardt R. Impact of adherence to oral acyclovir prophylaxis in pediatric herpetic keratitis. *Cornea*. 2021;40(5):602-606. <https://doi.org/10.1097/ICO.0000000000002499>
 19. Liesegang TJ. Epidemiology of ocular herpes simplex. *Cornea*. 2001;20(1):1-13. <https://doi.org/10.1097/00003226-200101000-00001>
 20. Young RC, Hodge DO, Liesegang TJ, Baratz KH. Incidence, recurrence, and outcomes of herpes simplex virus eye disease in Olmsted County, Minnesota, 1976–2007. *Arch Ophthalmol*. 2010;128(9):1178-1183. <https://doi.org/10.1001/archophthalmol.2010.187>

Copyright (c) 2027. María Isabel Sánchez Dávila, Ericka Andreina Intriago Rengifo,
Carlos Antonio Domínguez Coello.



Este es un artículo de acceso abierto, bajo licencia [Creative Commons](#)
(CC BY 4.0) de Atribución 4.0 Internacional