



## Introducción

Se han descrito diversas manifestaciones oculares en la infección por el virus linfotrofo humano de células T tipo 1 (VLHT-1), siendo la uveítis intermedia probablemente la más conocida<sup>1</sup>. La infección por este virus es muy poco frecuente en España, pero tiene una prevalencia más alta en la población inmigrante de zonas endémicas<sup>2</sup>. Se describe el caso de una paciente nativa con uveítis intermedia por VLHT-1 y mielopatía.

## Caso clínico

Mujer de 66 años de edad remitida a nuestro Servicio por clínica de uveítis en ojo derecho desde hacía un año. La paciente refería disminución de visión en dicho ojo pero no contaba miodesopsias, ni metamorfopsias. Entre los antecedentes médicos destacaba que hace doce años sufrió una hemorragia intracraneal que requirió intervención quirúrgica y transfusión de dos unidades de concentrado de hematíes.

En la exploración oftalmológica la mejor agudeza visual corregida (MAVC) era 8/20 en el ojo derecho y 10/20 en el ojo izquierdo. En el examen con lámpara de hendidura se observaban restos celulares en vítreo sin signos de actividad. En el examen de fondo de ojo se observaba membrana epimacular en ambos ojos (fig. 1), no se encontraron signos de vasculitis retiniana, ni la presencia de *snowballs* o *snowbanks*. Con la tomografía de coherencia óptica se confirmaba la membrana epimacular (fig. 2). Se le diagnosticó una uveítis intermedia de etiología desconocida.

En los meses siguientes la paciente desarrolló debilidad progresiva en miembros inferiores llegando a desarrollar incapacidad para la marcha. Asimismo, consultó por un episodio de vitritis ++ que remitió con triamcinolona transeptal (TRIGON depot).

En el estudio etiológico, tras descartar otras causas del cuadro neurológico, con resonancia magnética nuclear



**Fig. 1** – Imagen de fondo de ojo derecho. Se observan los pliegues maculares que produce la membrana epimacular macular.

normal, ante la asociación de uveítis y mielopatía idiopática con hiperreflexia patelar, se solicitó serología para el VLHT-1 que resultó positiva por enzimoimmunoanálisis (EIA) para la detección de anticuerpos frente a VLHT-1 (ABBOTT HTLV-1/HTLV-2, Innogenetics N.V.). Las muestras por EIA se analizaron mediante un inmunoblot en tira, (INNO-LIATM HTLV I/II, Innogenetics N.V.) que confirmaron la presencia de anticuerpos frente al HTLV-1. Se estableció entonces el diagnóstico de paraparesia espástica tropical y uveítis intermedia por VLHT-1. Se le pautó tratamiento con prednisona oral mejorando su clínica neurológica así como su MAVC, alcanzando una visión de 14/20 en ojo derecho y 18/20 en ojo izquierdo.

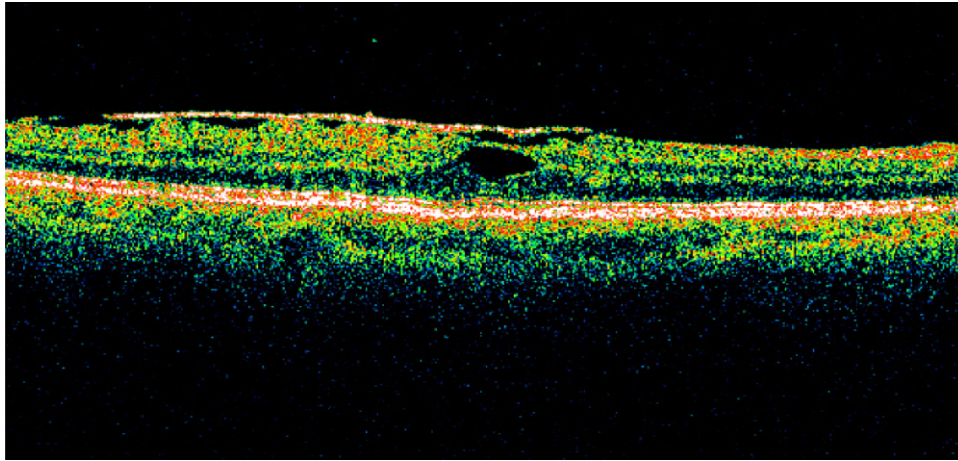
## Discusión

La inducción de uveítis intermedia por el VLHT-1 en el contexto de infección sistémica es conocida desde el año 1992, cuando fue descrita en Japón, al encontrar una mayor tasa de infectados en los pacientes con uveítis de etiología desconocida, así como partículas virales y aumento de células infectadas en el ojo<sup>1</sup>. Nuestro caso representa, que sepamos, la primera uveítis por VLHT-1 descrita en nuestro país. La clave para llegar al diagnóstico fue la presentación de la uveítis en el contexto de su clínica neurológica.

El VLHT-1 es un retrovirus aislado por primera vez en 1980. Su forma de transmisión es habitualmente vertical, por la lactancia, en las zonas endémicas<sup>3</sup>. También se puede producir el contagio por contacto sexual y por vía parenteral, siendo la transfusión la forma más eficaz. A nivel sistémico produce básicamente dos cuadros clínicos: La paraparesia espástica tropical/mielopatía asociada al VLHT-1 y la leucemia/linfoma de células T<sup>3</sup>. Nuestra paciente presentaba el primero de ellos, que típicamente se produce en mujeres de 50 años con una debilidad progresiva que se inicia en miembros inferiores y se relaciona con frecuentes problemas autoinmunes: polimiositis, artritis, enfermedad de Graves y otros<sup>3</sup>.

A nivel ocular la afectación por VLHT-1 produce tres tipos de manifestaciones: uveítis intermedia en un 13% de los infectados, habitualmente en forma de una vitritis aguda moderada que se acompaña de leve iritis y leve vasculitis retiniana (hasta en el 60%); ojo seco hasta en un 37%, por infiltrado linfoplasmocitario de la glándula lagrimal; y queratitis intersticial en un 10%, característicamente como opacidades blanquecinas estromales anteriores periféricas<sup>4</sup>. En nuestro caso encontramos una uveítis intermedia acompañada de leve iritis pero sin signos de vasculitis.

En España la prevalencia de VLHT-1 en la población general es inferior al 0,1%<sup>2</sup>, si bien se acerca al 1% en el caso de inmigrantes procedentes del África subsahariana<sup>5</sup>. Hay alrededor de 100 pacientes diagnosticados de infección por el virus, siendo la mayoría inmigrantes (63 inmigrantes infectados). Las zonas endémicas son principalmente Japón, donde más del 10% de la población está infectada; países del área caribeña, con una prevalencia de entre el 3 y el 6%; África subsahariana y Sudamérica, especialmente entre la población indígena o los descendientes de africanos<sup>3</sup>. En nuestra paciente, natural de



**Fig. 2 - Imagen de tomografía de coherencia óptica obtenida mediante barrido horizontal que atraviesa punto de fijación. Se constata membrana epirretiniana macular y quiste intrarretiniano foveolar en capas internas.**

Galicia, que nunca había viajado al extranjero, que no refería factores de riesgo para enfermedades de transmisión sexual, y cuya pareja era seronegativa para el virus, la vía de contagio podría ser la transfusión recibida hace 12 años. A pesar de la muy baja prevalencia en la población española del virus, las personas que reciben transfusiones presentarían riesgo, probablemente muy reducido, de contraer la infección, debido a que el estudio de la serología para el virus en España no se realiza de forma estándar en los bancos de sangre.

Como conclusión recomendamos la inclusión en el protocolo diagnóstico de una uveítis intermedia no filiada la serología de VLHT-1 en inmigrantes de áreas endémicas y en pacientes en los que la uveítis se acompañe de clínica neurológica.

### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Mochizuki M, Watanabe T, Yamaguchi K, Yoshimura K, Nakashima S, Shirao M, et al. Uveitis associated with human T-cell lymphotropic virus type I. *Am J Ophthalmol.* 1992;114:123-9.
2. Toro C, Aguilera A, Caballero E, Tuset C, Alvarez P, García-Campello M. Hospital-based surveillance for HTLV-1/2 infections in Spain. *AIDS Res Hum Retroviruses.* 2007;23:1075-7.
3. Verdonck K, González E, Van Dooren S, Vandamme AM, Vanham G, Gotuzzo E. Human T-lymphotropic virus 1: recent knowledge and an ancient infection. *Lancet Infect Dis.* 2007;7:266-81.
4. Merle H, Cabre P, Olindo S, Merle S, Smadja D. Ocular lesions in 200 patients infected by the human T-cell lymphotropic virus type 1 in martinique (French West Indies). *Am J Ophthalmol.* 2002;134:190-5.
5. Sanz-Peláez O, Evora Santana O, Carranza C, Pérez-Arellano JL. Prevalencia de la infección por HTLV-1 en inmigrantes subsaharianos asintomáticos recién llegados (Carta). *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2007;25:604.