

Uveítis intermedia asociada a HTLV-1: Presentación clínica, diagnóstico y manejo. Reporte de un caso

Autoras:

Dras. Sara Isabel Ospina Londoño MD¹ y Yissel Arango Arroyave MD²

¹ Residente de Oftalmología, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. ² Oftalmóloga, Subespecialista en Uveítis. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

Contacto: sisabel.ospina@udea.edu.co

Recibido: 27/11/2025

Aceptado: 4/12/2025

Disponible en www.sao.org.ar

Arch. Argent. Oftalmol. 2025; 31: 39-42



Resumen

Objetivo: Describir el enfoque diagnóstico y terapéutico de una uveítis intermedia en una paciente con antecedentes de transfusión sanguínea y serología positiva para el virus linfotrópico humano tipo 1 (HTLV-1).

Caso clínico: Mujer de 66 años con antecedentes de transfusión y accidente isquémico transitorio, consultó por disminución de visión en el ojo derecho (OD). El examen reveló vitreítis, "bolas de nieve", edema macular y vasculitis activa confirmada por angiografía y tomografía de coherencia óptica

(OCT). Tras descartar otras etiologías infecciosas y autoinmunes, se confirmó infección por HTLV-1. El manejo con triamcinolona subtenoniana y esteroides orales logró la resolución del cuadro.

Conclusiones: La uveítis intermedia puede ser la manifestación inicial de HTLV-1. Se resalta la importancia de la sospecha clínica en pacientes con factores de riesgo epidemiológico, el uso de imagenología multimodal y la efectividad de la terapia esteroidea local.

Palabras clave: Uveítis intermedia; HTLV-1; Vasculitis retiniana; Triamcinolona; Tomografía de Coherencia Óptica.

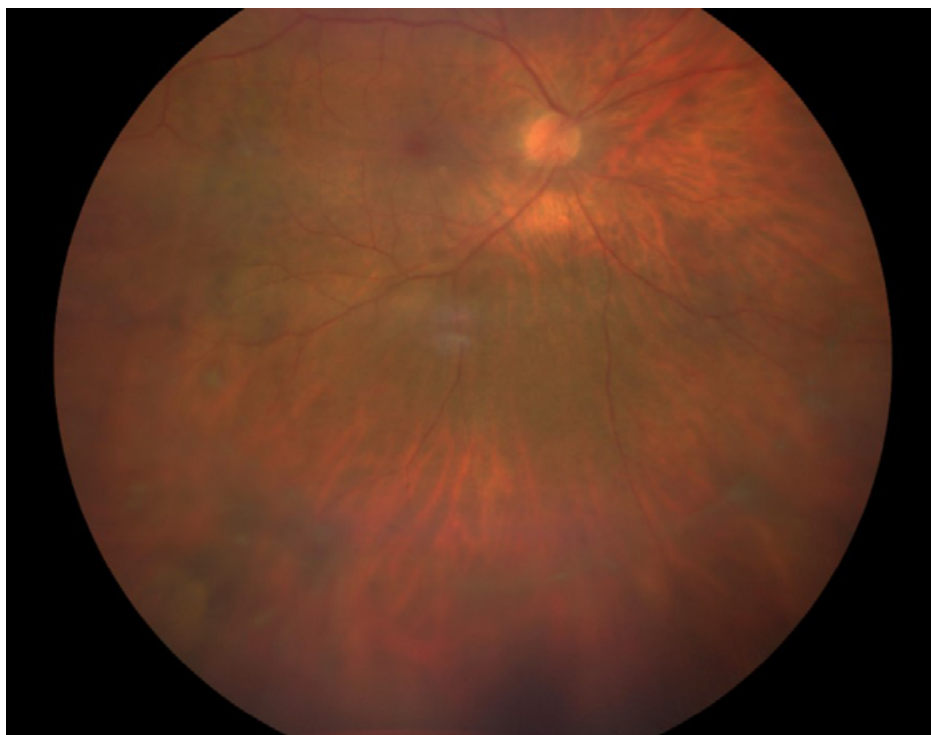


Figura 1. Fotografía de fondo de ojo derecho. Se observan opacidades vítreas blanquecinas redondeadas en la periferia inferior, compatibles con "bolas de nieve" (snowballs), asociadas a turbidez vítreo.

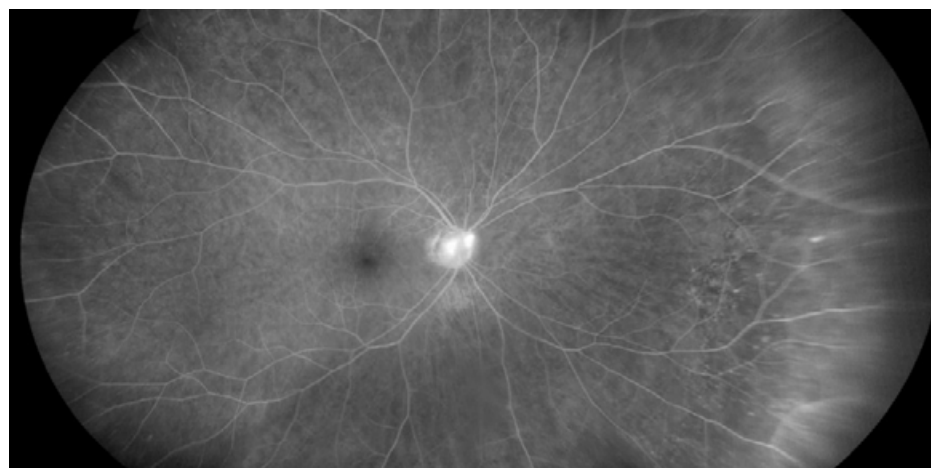


Figura 2. Angiografía fluoresceínica del ojo derecho. Se evidencia hiperfluorescencia por fuga vascular en la arcada temporal inferior y tinción de la cabeza del nervio óptico, signos de vasculitis activa.

Abstract

Objective: To describe the diagnostic and therapeutic approach to intermediate uveitis in a patient with a history of blood transfusion and positive serology for Human T-lymphotropic virus type 1 (HTLV-1).

Case Report: A 66-year-old woman with a history of transfusion and transient ischemic attack presented with decreased vision in the right eye (RE). Examination revealed vitritis, snowballs, macular edema, and active vasculitis confirmed by angiography and OCT. After ruling out other etiologies,

HTLV-1 infection was confirmed. Management with sub-Tenon's triamcinolone and oral steroids resulted in resolution of the condition.

Conclusions: Intermediate uveitis can be the initial manifestation of HTLV-1. This case highlights the importance of clinical suspicion in patients with epidemiological risk factors, the use of multimodal imaging, and the effectiveness of local steroid therapy.

Keywords: Intermediate uveitis; HTLV-1; Retinal vasculitis; Triamcinolone; Optical Coherence Tomography.

Introducción

El virus linfotrópico humano de células T tipo 1 (HTLV-1) es un retrovirus asociado a enfermedades sistémicas severas, aunque sus manifestaciones oculares, particularmente la uveítis intermedia, pueden presentarse como el primer signo de infección. El objetivo de este reporte es describir el abordaje de un caso de uveítis intermedia en una paciente con hallazgos neurológicos y nexo epidemiológico, destacando el papel de la imagenología multimodal y el tratamiento esteroideo.

Reporte de caso

Mujer de 66 años, fue remitida para valoración oftalmológica por cuadro de uveítis intermedia en el ojo derecho (OD). Como antecedentes sistémicos de importancia, la paciente reportó una transfusión sanguínea a los 20 años de edad y un episodio previo de accidente isquémico transitorio con secuela de hemiparesia izquierda.

Al examen oftalmológico, la paciente presentó una agudeza visual mejor corregida (AVMC) de 20/25 en el OD y 20/20 en el ojo izquierdo (OI). La evaluación del fondo de ojo derecho reveló una celularidad vítreo de 3+ y la presencia de agregados

vitreos blanquecinos tipo “bolas de nieve” (snowballs) en la retina inferior (Figura 1).

Se realizaron estudios de imagen multimodal para caracterizar el cuadro. La tomografía de coherencia óptica (OCT) mostró la presencia de edema macular cistoide. La angiografía fluoresceínica evidenció vasculitis activa con fugas principalmente en la arcada temporal inferior y en la papila (Figura 2). La ecografía ocular en modo B confirmó una vitreítis densa sin desprendimiento de retina (Figura 3).

Se inició un estudio etiológico exhaustivo. Las pruebas inmunológicas permitieron descartar causas reumatológicas autoinmunes e infecciosas comunes (sífilis, tuberculosis, toxoplasmosis). Ante los hallazgos neurológicos y el antecedente transfusional, se solicitó serología para HTLV-1, la cual resultó positiva, confirmando el diagnóstico de uveítis intermedia asociada a HTLV-1.

El manejo terapéutico incluyó la aplicación de una inyección subtenoniana de triamcinolona (40 mg/1 ml) junto con un esquema de prednisolona oral en dosis de reducción progresiva. La paciente presentó una respuesta favorable al tratamiento, con mejoría de la agudeza visual y resolución de la inflamación vítreo y el edema macular. Se indicó seguimiento estricto con angiografía de campo amplio y control por la unidad de uveítis a los tres meses.

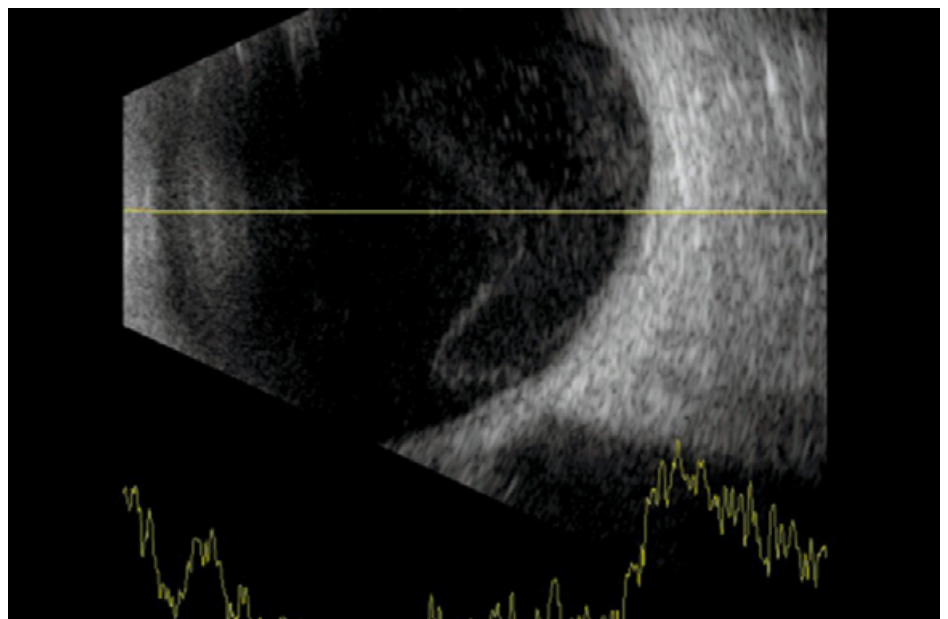


Figura 3. Ecografía ocular modo B. Se visualizan ecos de baja reflectividad dispersos en la cavidad vítreo correspondientes a vitreítis densa, sin evidencia de desprendimiento de retina.

Discusión

La uveítis asociada al virus linfotrópico humano de células T tipo 1 (HTLV-1) es una entidad clínica definida, siendo una causa importante de uveítis en áreas endémicas como Japón, el Caribe y partes de Sudamérica (1). Aunque la infección por HTLV-1 suele permanecer asintomática en la mayoría de los portadores, un porcentaje desarrolla patologías graves como la Leucemia/Linfoma de Células T del Adulto (LLCTA) o la Mielopatía Asociada al HTLV-1/Paraparesia Espástica Tropical (HAM/TSP). La uveítis puede presentarse de forma aislada o coexistir con estas condiciones sistémicas (2).

En el caso presentado, la paciente manifestó una uveítis intermedia, que es el patrón de presentación más común en la enfermedad ocular por HTLV-1, reportado en la literatura con una frecuencia mayor en mujeres de la quinta y sexta década de la vida (2, 3). Los hallazgos clínicos de nuestra paciente, caracterizados por vitreítis moderada a severa con opacidades tipo “bolas de nieve” (snowballs) y vasculitis retiniana con edema macular, coinciden con la descripción clásica de la uveítis por HTLV-1 realizada por Mochizuki et al., quienes describieron una inflamación intraocular granulomatosa o no granulomatosa, frecuentemente acompañada de opacidades vítreas (1).

Un punto crítico en este reporte es el antecedente de transfusión sanguínea. Se ha establecido que la transmisión del virus ocurre principalmente por lactancia materna, contacto sexual y transfusiones de sangre contaminada, siendo esta última una vía de infección directa muy eficiente antes de la implementación del tamizaje obligatorio (4). Además, la paciente presentaba antecedentes de hemiparesia y accidente isquémico. Si bien el HTLV-1 se asocia clásicamente a paraparesia espástica, la presencia de síntomas neurológicos en un paciente con uveítis debe elevar inmediatamente la sospecha diagnóstica, dado el neurotropismo del virus (3).

El mecanismo fisiopatológico sugiere que la uveítis no es causada por la infección viral directa de los tejidos oculares, sino por una respuesta inmuno-mediada. Las células T infectadas por HTLV-1 infiltran el ojo y secretan citoquinas proinflamatorias (como IL-6 e IFN-gamma) inducidas por la proteína viral Tax, lo que desencadena la ruptura de la barrera hematorretiniana (5).

Respecto del tratamiento, la respuesta favorable observada en nuestra paciente a los corticoesteroides periorbitales (triamcinolona subtenoniana) y sistémicos es consistente con la literatura, que reporta una buena respuesta a la terapia esteroidea en la mayoría de los casos, con preservación de la agudeza visual a largo plazo si se controla la inflamación activa (2, 5). Sin embargo, es fundamental el seguimiento estrecho, ya que la recurrencia es una característica frecuente de esta entidad.

Conclusiones

La uveítis intermedia puede constituir la manifestación inicial y centinela de una infección por HTLV-1. Este caso subraya la necesidad imperativa de incluir la serología para HTLV-1 en el protocolo de estudio de uveítis intermedia, especialmente en pacientes con antecedentes epidemiológicos de riesgo y hallazgos neurológicos concomitantes.

El diagnóstico etiológico preciso permite no solo un manejo oftalmológico dirigido y efectivo basado en corticoesteroides, sino que también abre la puerta al control sistémico multidisciplinario de una infección retroviral. El uso de imagenología multimodal es indispensable para monitorear las complicaciones estructurales como el edema macular y la vasculitis.

Las autoras no tienen intereses comerciales en ningún material de los presentados en este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Mochizuki M, Watanabe T, Yamaguchi K, *et al.* Uveitis associated with human T-lymphotropic virus type I. *Am J Ophthalmol.* 1992;114(2):123-129. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1642286/>.
- Kamoi K, Mochizuki M. HTLV-1 uveitis. *Front Microbiol.* 2012;3:270. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22837757/>.
- Terada Y, Kamoi K, Komizo V, *et al.* Human T-Cell Leukemia Virus Type 1-Associated Uveitis. *Virus Res.* 2017;236:68-73. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28263674/>.
- Proietti FA, Carneiro-Proietti AB, Catalan-Soares BC, Murphy EL. Global epidemiology of HTLV-I infection and associated diseases. *Oncogene.* 2005;24(39):3927-3934. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16155612/>.
- Tan BJY, Sugata K, Ono M, Satou Y. HTLV-1 persistence and leukemogenesis: A game of hide-and-seek with the host immune system. *Front Immunol.* 2022 Oct. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/udea.lookproxy.com/36300109/>.