

Reporte de Casos

Queratitis herpética estromal intersticial pediátrica: reporte de caso

Pediatric interstitial stromal herpeticitis: case report

BACCA, ROSA¹; GUTIÉRREZ, YOJANA¹; PRADO, MARLYN¹

¹Hospital Central de San Cristóbal, Servicio de Oftalmología. San Cristobal, Venezuela.

Autor de correspondencia
baccarosa3@gmail.com

Fecha de recepción
30/06/2026

Fecha de aceptación
22/07/2026

Fecha de publicación
25/09/2026

Autor

Bacca Alvarado, Rosa Dianela
Hospital Central de San Cristóbal, Servicio de Oftalmología. San Cristobal, Venezuela.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-3577-9905>

Gutiérrez Araque, Yojana Sugely
Hospital Central de San Cristóbal, Servicio de Oftalmología. San Cristobal, Venezuela.
RCID: <https://orcid.org/0009-0002-0076-3457>

Prado Silva, Marlyn Roxana
Hospital Central de San Cristóbal, Servicio de Oftalmología. San Cristobal, Venezuela.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-4146-757X>

Citación:

Bacca, R., Gutiérrez, Y., Prado, M. (2026). Queratitis herpética estromal intersticial pediátrica: reporte de caso. *GICOS*, 11(3), 264-274



RESUMEN

La queratitis herpética estromal pediátrica constituye un problema clínico relevante, ya que su diagnóstico erróneo y el uso empírico de corticosteroides tópicos exacerban el cuadro, incrementando el riesgo de secuelas corneales irreversibles y ambliopía. El objetivo fue describir la presentación clínica, evolución y manejo médico exitoso de un caso de queratitis herpética estromal intersticial en un paciente escolar. Se realizó un estudio cualitativo, descriptivo y observacional, con diseño de reporte de caso retrospectivo, en un paciente masculino de 7 años atendido en el Servicio de Oftalmología del Hospital Central de San Cristóbal, Venezuela. La recolección de datos se basó en la revisión de la historia clínica, medición de agudeza visual y biomicroscopía con lámpara de hendidura. Inicialmente, el paciente presentó agudeza visual de 20/50 en el ojo izquierdo, lesión epitelial e infiltrado estromal, agravado por el uso previo de esteroides sin cobertura antiviral. Se suspendió el esteroide y se instauró terapia antiviral intensiva; al octavo día se evidenció el anillo inmune de Wessely, confirmando la fisiopatología inmunológica estromal y permitiendo la reintroducción controlada de corticosteroides tópicos. A los 48 días se logró la resolución total del cuadro, restituyendo la transparencia corneal y alcanzando una visión de 20/20. Se concluye que identificar signos clínicos como el anillo de Wessely es fundamental, y que el abordaje terapéutico escalonado, priorizando el control viral antes de la inmunomodulación, es la estrategia más segura y eficaz para prevenir complicaciones irreversibles y garantizar la salud visual infantil.

Palabras clave: queratitis herpética, estroma corneal, agente antiviral

ABSTRACT

Pediatric stromal herpetic keratitis is a significant clinical issue; misdiagnosis and the empirical use of topical corticosteroids exacerbate the condition, increasing the risk of irreversible corneal sequelae and amblyopia. The objective was to describe the clinical presentation, course, and successful medical management of a case of interstitial stromal herpetic keratitis in a school-aged patient. A qualitative, descriptive, observational study was conducted using a retrospective case report design involving a 7-year-old male patient treated at the Ophthalmology Department of the Central Hospital of San Cristóbal, Venezuela. Data collection involved a review of medical records, visual acuity measurement, and slit-lamp biomicroscopy. Initially, the patient presented with a visual acuity of 20/50 in the left eye, an epithelial lesion, and a stromal infiltrate, a condition aggravated by prior steroid use without antiviral coverage. Steroid use was discontinued, and intensive antiviral therapy was initiated; on the eighth day, a Wessely immune ring became evident, confirming the stromal immunological pathophysiology and allowing for the controlled reintroduction of topical corticosteroids. Complete resolution of the condition was achieved after 48 days, restoring corneal transparency and resulting in 20/20 vision. It is concluded that identifying clinical signs such as the Wessely ring is crucial, and that a stepwise therapeutic approach prioritizing viral control before immunomodulation, is the safest and most effective strategy for preventing irreversible complications and ensuring pediatric visual health.

Keywords: herpetic keratitis, corneal stroma, antiviral agents

INTRODUCCIÓN

El virus del herpes simple (VHS) es reconocido a nivel mundial como una de las principales causas infecciosas de ceguera corneal y discapacidad visual (García, 2018). Aunque en los adultos la manifestación más frecuente es la queratitis epitelial dendrítica, la enfermedad presenta un comportamiento clínico significativamente distinto y más agresivo en la población pediátrica. En los niños, la queratitis estromal es la presentación más prevalente, impulsada por una respuesta inmunológica más robusta y, en ocasiones, inmadura ante el virus (Ulman et al., 2023; Vadoothker et al., 2018). Dentro de este espectro, la queratitis estromal intersticial (o inmune) representa un desafío particular. Esta entidad se define como una inflamación del estroma corneal sin afectación primaria del epitelio o endotelio, cuya fisiopatología no obedece a una replicación viral activa, sino a una compleja reacción inmunológica del huésped contra los antígenos virales retenidos en el tejido tras episodios previos (Faria-e-Sousa y Antunes-Foschini, 2021). Clínicamente, se manifiesta con infiltrados intersticiales, edema corneal, neovascularización y, en casos específicos, la formación del anillo inmune de Wessely.

A pesar de los avances en oftalmología, el abordaje de esta patología en niños constituye un verdadero problema clínico. El diagnóstico temprano suele verse obstaculizado por la dificultad en la evaluación física de los pacientes pediátricos y por una presentación clínica que frecuentemente se confunde con conjuntivitis bacteriana o blefaritis estafilocócica (Revere y Davidson, 2013). Esta confusión diagnóstica, que alcanza hasta un 30 % de los casos, a menudo conduce al uso empírico de corticosteroides tópicos sin la cobertura antiviral adecuada, un error terapéutico que exacerba el cuadro y puede desencadenar complicaciones devastadoras como la necrosis estromal o la perforación corneal (White y Chodosh, 2014).

La resolución oportuna de este problema diagnóstico y terapéutico es de vital importancia debido al pronóstico visual reservado que enfrentan estos pacientes. La naturaleza recurrente de la inflamación estromal en una etapa crítica del desarrollo visual predispone a la formación de cicatrices corneales definitivas (leucomas) y astigmatismo irregular. Estas secuelas incrementan drásticamente el riesgo de desarrollar ambliopía por privación o refracción, comprometiendo el desarrollo integral y la calidad de vida del infante a largo plazo (Ulman et al., 2023). Por lo tanto, documentar y analizar estrategias terapéuticas que equilibren el control de la respuesta inmune con la prevención de la reactivación viral resulta fundamental. Compartir experiencias clínicas exitosas no solo enriquece la literatura médica, sino que proporciona a los profesionales de la salud visual herramientas prácticas para evitar la ceguera prevenible en la infancia.

En respuesta a esta necesidad, el presente trabajo tiene como objetivo describir la presentación clínica, evolución y el manejo médico exitoso de un caso de queratitis herpética estromal intersticial en un paciente en edad escolar, enfatizando la importancia del diagnóstico diferencial oportuno y la transición controlada del tratamiento antiviral al inmunomodulador.

METODOLOGÍA

El presente trabajo se enmarca en un enfoque cualitativo, de tipo descriptivo y observacional, fundamentado en un diseño de reporte de caso clínico retrospectivo. Al tratarse de un estudio de esta naturaleza, la población y muestra de investigación se circunscriben a un único individuo: un paciente masculino en edad escolar (7 años), evaluado, diagnosticado y tratado en el Servicio de Oftalmología del Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela. Debido al carácter puramente descriptivo y analítico del reporte de caso, no se formuló una hipótesis estadística previa.

Para la recolección de los datos, se empleó la técnica de revisión documental exhaustiva de la historia clínica del paciente. Las variables de investigación cualitativas y cuantitativas analizadas incluyeron: la agudeza visual, la presión intraocular, la evolución temporal de la sintomatología y, fundamentalmente, los hallazgos morfológicos obtenidos mediante la exploración oftalmológica integral.

Como instrumentos primarios de evaluación clínica se utilizó la cartilla de Snellen para la medición de la agudeza visual y la tonometría para el registro de la presión intraocular. Para la evaluación detallada de las estructuras oculares, se empleó la biomicroscopía de segmento anterior con lámpara de hendidura, complementada con el uso de tinción de fluoresceína. Para clasificar la severidad del cuadro, se utilizaron parámetros clínicos estandarizados que diferencian el nivel de afectación: a nivel epitelial (leve, moderada o severa) y a nivel estromal (inmune o necrotizante). En este caso, la evaluación clínica con lámpara de hendidura y la captación de pigmento a nivel corneal mediante fluoresceína fueron el pilar diagnóstico.

Es importante destacar que, como parte del abordaje para confirmar el diagnóstico etiológico, se realizaron pruebas complementarias que incluyeron hematología completa, Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR). Sin embargo, el cultivo viral no se llevó a cabo debido a los escasos recursos económicos del paciente. Por consiguiente, el diagnóstico definitivo se fundamentó en la correlación de los resultados de las pruebas realizadas junto con la clínica y los hallazgos biomicroscópicos. Asimismo, se utilizó la oftalmoscopia directa para la evaluación del fondo de ojo, descartando alteraciones en el segmento posterior.

El procedimiento metodológico y el análisis de los datos consistieron en el seguimiento cronológico y la evaluación cualitativa de la evolución clínica del paciente, dividida en tres fases: la presentación inicial (marcada por el antecedente de uso empírico de esteroides tópicos), la fase de estado (caracterizada por la respuesta inmunológica y el inicio de la terapia antiviral) y la fase de resolución (donde se documentó la mejoría visual tras la transición escalonada hacia el tratamiento inmunomodulador con corticosteroides). Los datos clínicos y el registro fotográfico seriado fueron triangulados con la literatura científica oftalmológica actual para fundamentar y justificar el éxito del esquema terapéutico empleado.

La investigación se desarrolló en estricto apego a los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, de acuerdo con lo establecido en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Dado que la unidad de análisis es un paciente pediátrico, se solicitó y obtuvo el consentimiento informado por escrito por parte de la madre y representante legal del menor. Este documento autoriza de manera explícita

la recopilación, el análisis y la publicación de los datos clínicos, así como el uso del registro fotográfico del rostro y las estructuras oculares del paciente con fines exclusivamente académicos y científicos. En todo momento se garantizó la confidencialidad y el resguardo de la identidad del infante.

RESULTADOS

Presentación clínica inicial y evaluación oftalmológica.

Se trata de paciente masculino en edad escolar (7 años de edad), natural y procedente de la localidad de San José de Bolívar (estado Táchira), quien acude al área de emergencia del Servicio de Oftalmología refiriendo como motivo de consulta: “sensación de cuerpo extraño, disminución de la agudeza visual y dolor en el ojo izquierdo”.

La enfermedad actual se caracterizó por un cuadro de 20 días de evolución, el cual inició con la aparición de lesiones vesículo-costrosas en el párpado inferior del ojo izquierdo (OI). El paciente fue evaluado inicialmente por un facultativo en su localidad, quien indicó tratamiento empírico con Aciclovir vía oral (dosis no especificada) y una combinación tópica de Tobramicina/Dexametasona (Todex) cada 8 horas. Aunque el familiar reportó mejoría de las lesiones dérmicas palpebrales, el cuadro ocular se exacerbó, presentando hiperemia conjuntival, fotofobia, visión borrosa y dolor ocular intenso, motivo por el cual acudió a nuestro centro. Como antecedente personal, refiere asma bronquial desde la infancia (última crisis hace una semana); niega antecedentes oftalmológicos de importancia.

Hallazgos oftalmológicos iniciales (día inicial)

En la evaluación de ingreso, la agudeza visual (AV) en el ojo derecho (OD) fue de 20/20, mientras que en el OI se constató una disminución significativa a 20/50, que mejoró con agujero estenopeico a 20/25+2. La presión intraocular (PIO) se mantuvo normotensa a la palpación digital en ambos ojos (AO).

A la inspección de órbita y anexos, el OI presentó blefaroespasma leve que no limitaba la apertura ocular, evidenciándose las secuelas de las lesiones costrosas en la piel del párpado inferior. La sensibilidad corneal impresionó conservada.

En la biomicroscopía de segmento anterior (BMC) con lámpara de hendidura, el OD se encontró dentro de los límites normales. Sin embargo, en el OI se evidenció hiperemia conjuntival en 360 grados con inyección ciliar. A nivel corneal, se observó una lesión epitelial lineal central de aproximadamente 2 mm, acompañada de un infiltrado estromal paracentral inferior (ubicado entre hora 4 y hora 8) que no captó la tinción de fluoresceína, rodeado de edema perilesional grado I. La cámara anterior se presentó formada (VHGII), con iris reactivo y cristalino claro. El fondo de ojo en AO no mostró alteraciones patológicas.

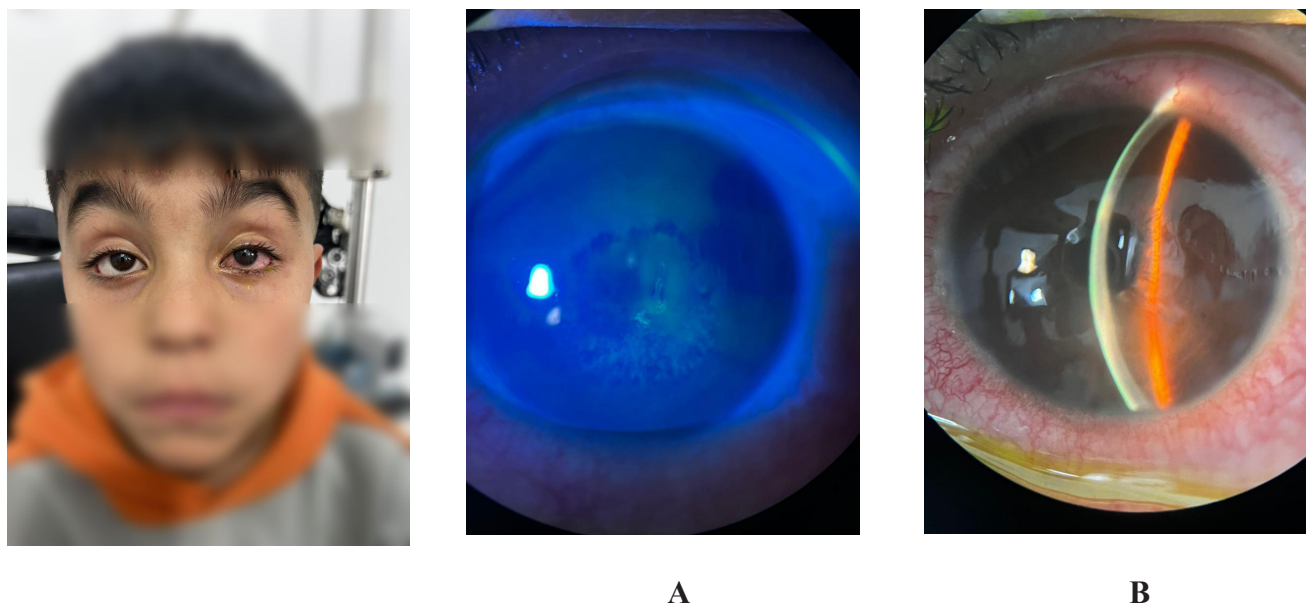


Figura 1.

Presentación clínica inicial. A) Lesiones costrosas residuales en el párpado inferior y blefaroespasmio leve. B) Biomicroscopía con tinción de fluoresceína evidenciando lesión epitelial lineal y edema perilesional.

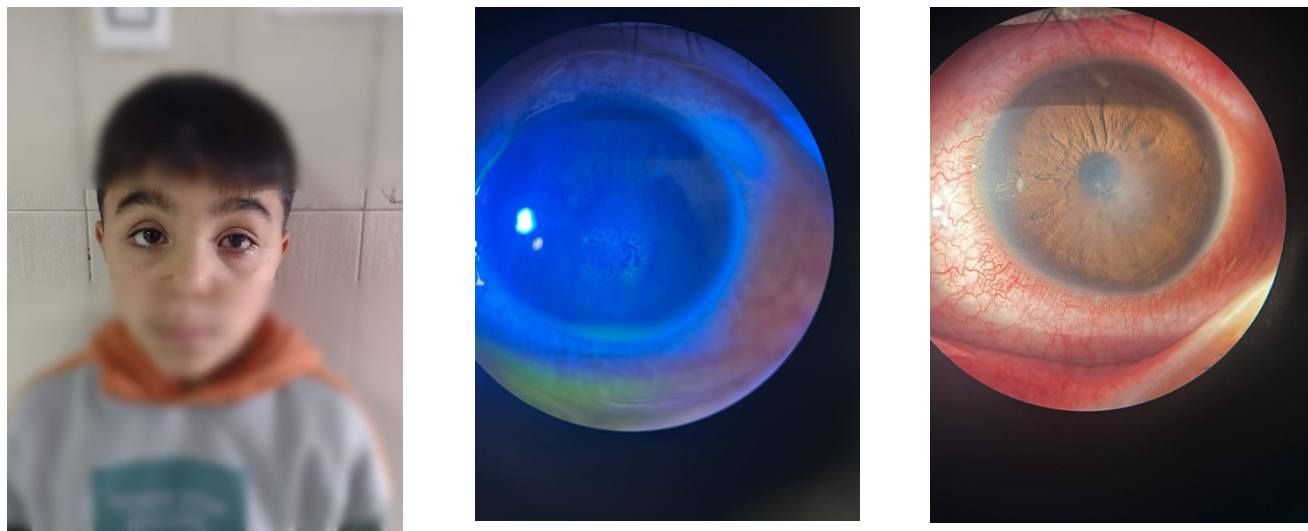
Con base en la anamnesis (uso previo de corticosteroides tópicos) y los hallazgos clínicos, se estableció el diagnóstico de Queratitis Herpética Estromal Intersticial en OI.

Manejo terapéutico inicial

Se indicó la suspensión inmediata del esteroide tópico previo y se instauró una terapia antiviral intensiva para controlar la replicación viral subyacente. El esquema consistió en Aciclovir vía oral (dosis calculada por el servicio de pediatría) y Aciclovir ungüento al 3%, ambos administrados 5 veces al día por 21 días. Adicionalmente, se indicó profilaxis antibiótica con Quinofal cada 4 horas por 10 días, y lubricación ocular intensiva con hialuronato de sodio (Hyalo) cada 3 horas y ácido poliacrílico (Acrylarm) cada 8 horas.

Evolución clínica y ajuste terapéutico (Control Día 8)

A los 8 días de tratamiento, la madre refirió una mejoría subjetiva notable y ausencia de dolor. La AV del OI se ubicó en 20/100 (con agujero estenoico 20/30-1). En la BMC del OI, persistió la hiperemia conjuntival. A nivel corneal, la lesión epitelial evolucionó a una queratitis punctata inferior captante de fluoresceína. En el estroma, se evidenció un infiltrado intraestromal moteado en la región central hacia hora 4, no captante de fluoresceína, destacando la aparición clínica del anillo inmune de Wessely y edema central grado I.

**Figura 2.**

Control a los 8 días. Biomicroscopía de segmento anterior donde se aprecia el infiltrado intraestromal moteado y la formación del anillo inmune de Wessely, característico de la respuesta inmunológica del huésped.

Ante la mejoría del defecto epitelial y la confirmación de una respuesta inmunológica estromal severa (anillo de Wessely), se decidió mantener la cobertura antiviral y profiláctica, preparando el terreno para la introducción de terapia inmunomoduladora. Posteriormente, con el epitelio asegurado, se introdujo terapia esteroidea tópica (Ocupred) y un agente ciclopéjico (Ciclopentolato) para el manejo de la inflamación y la prevención de sinequias.

Resolución clínica (control día 48)

A las 7 semanas de seguimiento, el paciente reportó resolución total de la sintomatología. El paciente había cumplido con éxito su esquema de 21 días de antivirales (orales y tópicos) y 10 días de antibiótico.

La evaluación oftalmológica demostró una recuperación visual completa, alcanzando una AV de 20/20 en el OI. En la BMC, se constató un ojo totalmente tranquilo: conjuntiva clara, córnea transparente sin leucomas residuales, cámara anterior formada (VHGIII) sin reacción celular, y pupila en midriasis media de origen farmacológico.

Dada la excelente evolución clínica y la restitución de la transparencia corneal, se indicó la suspensión del ciclopéjico y se pautó la culminación del corticosteroide tópico mediante un esquema de reducción gradual, otorgándose el alta médica oftalmológica.

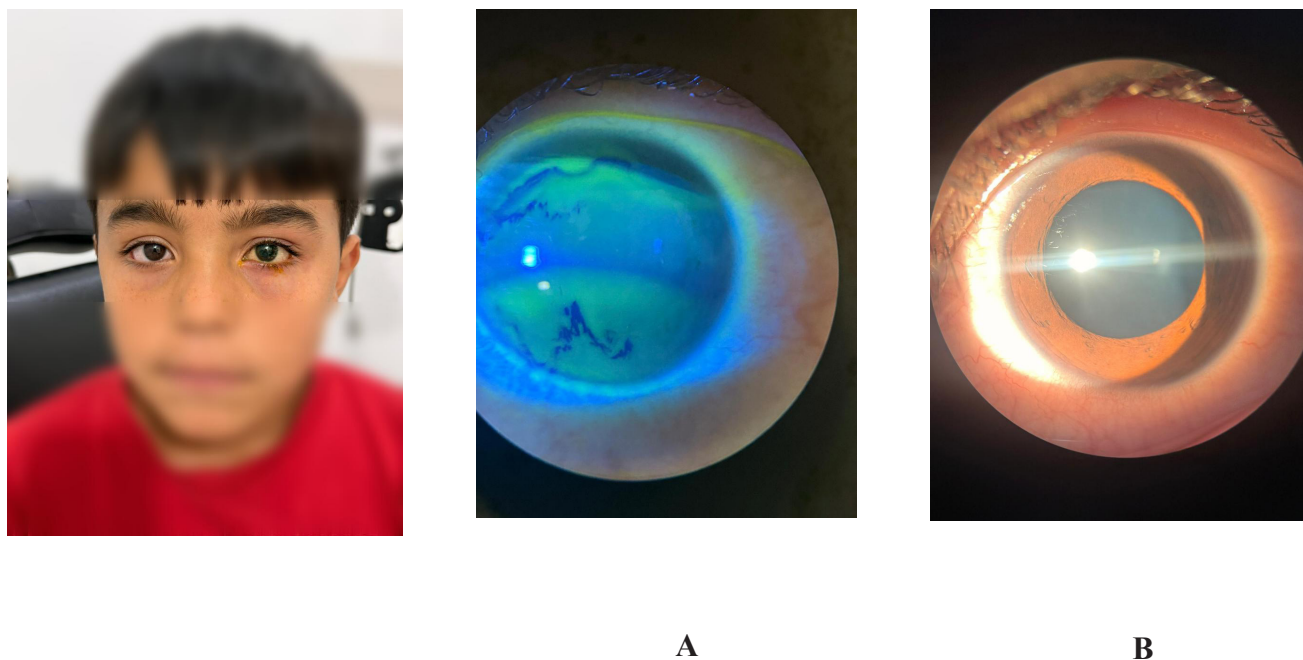


Figura 3.

Resolución clínica a los 48 días. A) Biomicroscopía que evidencia córnea totalmente transparente y resolución del cuadro inflamatorio estromal. B) Aspecto facial del paciente sin signos de inflamación anaxial.

DISCUSIÓN

El reto del diagnóstico diferencial y el peligro del manejo empírico

El abordaje de la queratitis herpética en la población pediátrica representa un desafío clínico sustancial, no solo por las dificultades inherentes a la evaluación física del infante, sino por la presentación atípica de la enfermedad en comparación con los adultos. El caso clínico aquí descrito ilustra de manera paradigmática uno de los problemas más graves y frecuentes reportados en la literatura: el uso empírico de corticosteroides tópicos ante un cuadro de “ojo rojo” pediátrico sin un diagnóstico etiológico preciso.

Tal como documentan Revere y Davidson (2013), hasta un 30 % de los casos de herpes ocular infantil son diagnosticados erróneamente en el primer nivel de atención, confundiéndose con conjuntivitis bacterianas. En nuestro paciente, la indicación inicial de una combinación de tobramicina y dexametasona (Todex) exacerbó la patología, propiciando la progresión de la lesión epitelial y la profundización del infiltrado estromal. Este fenómeno concuerda con las directrices de White y Chodosh (2014), quienes advierten que el uso de corticosteroides en presencia de replicación viral activa (fase epitelial) suprime la inmunidad local, facilitando la penetración del virus hacia el estroma y aumentando el riesgo de complicaciones severas como la necrosis o la perforación corneal.

Fisiopatología clínica: El anillo de Wessely como marcador inmunológico

Un aspecto clínicamente invaluable de este reporte es la documentación de la evolución fisiopatológica de la enfermedad tras la suspensión del esteroide y la instauración de la terapia antiviral. Al octavo día de

tratamiento, con la replicación viral controlada y el epitelio en vías de cicatrización, se evidenció la formación del anillo inmune de Wessely.

Este hallazgo biomicroscópico es fundamental para comprender la naturaleza de la queratitis estromal intersticial. Según Faria-e-Sousa y Antunes-Foschini (2021), esta manifestación no obedece a una infección viral activa, sino a una reacción de hipersensibilidad tipo III. El anillo se forma por la precipitación de complejos antígeno-anticuerpo (antígenos virales retenidos en el estroma que reaccionan con los anticuerpos difundidos desde el limbo esclerocorneal), acompañados de la infiltración de polimorfonucleares. Reconocer este signo fue el punto de inflexión en el manejo del paciente, ya que confirmó que la inflamación estromal era de origen puramente inmunológico, justificando el cambio de estrategia terapéutica.

Éxito del abordaje terapéutico escalonado y prevención de la ambliopía

La transición controlada de un tratamiento netamente antiviral a uno inmunomodulador (reintroducción de esteroides tópicos bajo estricta cobertura antiviral) fue la clave para la resolución exitosa del cuadro. Una vez que el epitelio corneal estuvo íntegro, el uso de corticosteroides en esquema de reducción permitió suprimir la severa respuesta inflamatoria del huésped que amenazaba con opacificar la córnea de forma permanente.

Este enfoque escalonado es respaldado por Vadoothker et al. (2018), quienes enfatizan que el manejo de la queratitis estromal pediátrica requiere un delicado equilibrio: erradicar el virus primero y modular la respuesta inmune después. El éxito de esta estrategia se reflejó en la recuperación visual total del paciente (20/20) a los 48 días. Este resultado es de vital importancia, ya que, como advierten Ulman et al. (2023), la inflamación estromal recurrente y la formación de leucomas en niños menores de 10 años incrementan drásticamente el riesgo de ambliopía por privación, una secuela que compromete el desarrollo visual de por vida.

Limitaciones e implicaciones para la práctica clínica

A pesar de los excelentes resultados obtenidos, el presente estudio de caso presenta ciertas limitaciones inherentes a su diseño retrospectivo y observacional de un único sujeto, lo que restringe la generalización de los resultados a otras poblaciones pediátricas. Asimismo, la principal limitación metodológica fue la imposibilidad de realizar el cultivo viral, lo que impidió una caracterización virológica más exhaustiva. Esta omisión se debió a las severas restricciones económicas del paciente y su familia. Aunque se contó con estudios confirmatorios como hematología completa y PCR, la falta del cultivo limitó el aislamiento del patógeno. No obstante, el manejo se fundamentó de manera exitosa en las pruebas disponibles, apoyadas fuertemente en la evolución biomicroscópica. Si bien este abordaje fue efectivo en este caso particular, subraya la vulnerabilidad y el desafío que representa depender exclusivamente de la evaluación clínica en entornos de bajos recursos.

No obstante, las implicaciones de este reporte son altamente relevantes para la práctica médica diaria. Se hace evidente la necesidad imperativa de educar a los médicos de atención primaria y pediatras sobre los riesgos de prescribir corticosteroides tópicos de forma empírica en niños con hiperemia conjuntival y fotofobia. Asimismo, este caso demuestra que, con una alta sospecha clínica, un seguimiento biomicroscópico riguroso

y un manejo farmacológico escalonado, es posible revertir cuadros severos de queratitis herpética estromal, garantizando la transparencia corneal y previniendo la ceguera infantil.

CONCLUSIONES

El presente reporte documenta la presentación clínica, evolución y el manejo médico exitoso de un caso de queratitis herpética estromal intersticial en un paciente pediátrico de 7 años, cuyo cuadro inicial fue severamente agravado por el uso empírico y no supervisado de corticosteroides tópicos. A través de este caso, se demuestra que la queratitis herpética en la infancia presenta un comportamiento clínico desafiante, donde la inmadurez y robustez del sistema inmunológico juegan un papel protagónico en la inflamación corneal.

Se concluye que la identificación de signos clínicos clave, como el anillo inmune de Wessely, es fundamental para comprender que la fisiopatología en la fase estromal obedece a una reacción de hipersensibilidad y no a una replicación viral activa. Asimismo, se comprobó que el abordaje terapéutico escalonado es la estrategia más segura y eficaz. La suspensión oportuna del esteroide y la instauración de una terapia antiviral intensiva inicial permitieron asegurar la integridad del epitelio corneal; posteriormente, la reintroducción controlada del tratamiento inmunomodulador (corticosteroides bajo estricta cobertura antiviral) logró suprimir la inflamación estromal. Esta planificación meticulosa permitió la restitución total de la transparencia corneal y una recuperación visual óptima (20/20), previniendo el desarrollo de ambliopía y garantizando la calidad de vida del paciente a largo plazo.

RECOMENDACIONES

En correspondencia con los hallazgos y conclusiones de este estudio, se propone un plan estratégico de acción que inicia con el fortalecimiento del primer nivel de atención mediante la educación médica continua. Es fundamental establecer programas de actualización dirigidos a pediatras, médicos generales y personal de emergencias, enfatizando la prohibición absoluta de prescribir corticosteroides tópicos de forma empírica ante cuadros de “ojo rojo” infantil o sospecha de conjuntivitis, dado el alto riesgo de exacerbar infecciones herpéticas subyacentes y provocar daño corneal irreversible. En este mismo sentido, resulta imperativo implementar protocolos de derivación oftalmológica temprana, garantizando que cualquier paciente pediátrico con hiperemia conjuntival persistente, fotofobia severa, dolor ocular o falta de respuesta a tratamientos convencionales en las primeras 48 a 72 horas sea evaluado de inmediato por un especialista.

Por otra parte, en el ámbito de la práctica oftalmológica especializada, se recomienda estandarizar y adoptar sistemáticamente un enfoque terapéutico escalonado en dos fases para el abordaje de la queratitis estromal herpética. Este esquema debe priorizar siempre el control de la replicación viral y la cicatrización epitelial antes de introducir terapias inmunomoduladoras. Para garantizar el éxito de esta transición, se aconseja realizar un seguimiento biomicroscópico riguroso con el uso rutinario de tinción de fluoresceína en cada consulta de control. Esta evaluación minuciosa permitirá la búsqueda activa de marcadores inmunológicos, como el anillo de Wessely, los cuales son determinantes para guiar de manera segura y precisa la incorporación de corticosteroides

tópicos en esquema de reducción, minimizando así las complicaciones y preservando la función visual del infante.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de interés.

DECLARACIÓN DE USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Los autores declaran no haber utilizado herramientas de Inteligencia Artificial para la redacción, el análisis de datos o la creación de imágenes en este manuscrito.

REFERENCIAS

- Faria-e-Sousa, S. J., & Antunes-Foschini, R. (2021). Herpes simplex keratitis revisited. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, 84(5), 506-512. <https://doi.org/10.5935/0004-2749.20210082>
- García, F. (2018). Queratitis por herpes simple: revisión de literatura. *Revista Sociedad Colombiana de Oftalmología*, 51(2), 105-114. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7025772>
- Revere, K., & Davidson, S. L. (2013). Update on management of herpes keratitis in children. *Current Opinion in Ophthalmology*, 24(4), 343-347. <https://doi.org/10.1097/ico.0b013e32836227d8>
- Ulman, E. A., Selver, O. B., Biler, E. D., & Palamar, M. (2023). Clinical features of pediatric age herpes simplex virus keratitis. *Cornea*, 42(9), 1099-1103. <https://doi.org/10.1097/ico.0000000000003264>
- Vadoothker, S., Andrews, L., Jeng, B. H., & Levin, M. R. (2018). Management of herpes simplex virus keratitis in the pediatric population. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 37(9), 949-951. <https://doi.org/10.1097/inf.0000000000002114>
- White, M. L., & Chodosh, J. (2014). Herpes simplex virus keratitis: A treatment guideline. Massachusetts Eye and Ear Infirmary, Harvard Medical School. <https://www.aao.org/education/clinical-statement/herpes-simplex-virus-keratitis-treatment-guideline>