

HALLAZGOS OFTALMOLÓGICOS EN PACIENTES CON VIH/SIDA EN LA ERA PRE TARGA

Bety Yañez *

RESUMEN

Se realizó un estudio prospectivo en 821 pacientes con diagnóstico de VIH-SIDA evaluados en la consulta externa de los servicios de Medicina Tropical y Oftalmología del Hospital Nacional Dos de Mayo (Lima, Perú) como parte de la evaluación inicial para ingresar al protocolo de TARGA, entre abril de 2004 a julio de 2006. El rango de edad fue de 16-73 años (media 36), 74% fueron varones, 114(13,9%) habían recibido antirretrovirales. Más de la mitad (62%) refirieron síntomas oculares, el más frecuente fue la disminución de la agudeza visual (38,4%). Se encontraron lesiones en el segmento anterior en 21,7%, queratopatía punctata superficial, microangiopatía conjuntival, conjuntivitis y cataratas fueron las más frecuentes. Se evidenciaron lesiones en el segmento posterior en 11,9% de los casos, microangiopatía vascular en 47 (5,7%) y retinitis por citomegalovirus en 31 (3,8%), que fue la principal causa de ceguera en este grupo de pacientes (14/19 ojos).

Palabras clave: SIDA; HIV; Citomegalovirus; Oftalmología (fuente: DeCS BIREME).

OCULAR MANIFESTATIONS IN HIV/AIDS PATIENTS IN PRE HAART ERA

ABSTRACT

Prospective study was performed in 821 HIV-AIDS patients evaluated in ophthalmology and infectious diseases services of a public hospital in Lima, Peru as a part of the initial evaluation to access HAART protocol treatment from April 2004 to July 2006. The range patient age was 16-73 years (media 36), 74% was male, 114 (13,9%) had been taken antiretroviral drugs. More than half (62%) had ocular symptoms, the most frequent was decreased of visual acuity (38,4%). We reported anterior segment findings in 21,7%, superficial punctate keratopathy, conjunctival microvasculopathy, conjunctivitis and cataract were the most observed. In posterior segment 11,9% had lesions, retinal microvasculopathy was described in 47 (5,7%) and cytomegalovirus retinitis in 31 (3,8%), that was the most important cause of blindness in this group of patients (14/19 eyes).

Key words: AIDS; HIV; Citomegalovirus; Ophthalmology (source: DeCS BIREME).

INTRODUCCIÓN

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) producido por la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se caracteriza por una grave y progresiva deficiencia de la inmunidad celular, por lo que durante el curso de la enfermedad se presentan múltiples infecciones oportunistas y neoplasias^{1,2}.

Alrededor de 30 a 70% de los pacientes con SIDA presentarán algún tipo de complicación oftalmológica en el transcurso de su enfermedad, dependiendo de diversos factores como la ubicación geográfica,

grupo poblacional, entre otros¹⁻³. La microangiopatía vascular es la alteración retiniana más frecuente observada en pacientes con SIDA, su incidencia va de 10 a 94%⁴⁻⁶.

La retinitis por citomegalovirus (CMV) es la infección intraocular oportunista que más afecta a este tipo de pacientes; es la primera causa de ceguera, a pesar de tener un diagnóstico precoz y los tratamientos antivirales actuales, y está asociada a valores de linfocitos T CD4+ < 50 cel/mL⁴. Se considera que la toxoplasmosis ocuparía el segundo lugar en frecuencia e importancia como causa de retinitis en estos pacientes^{1,3}.

* Médico oftalmólogo. Servicio de Oftalmología, Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima, Perú.

En el segmento anterior del ojo se pueden presentar microangiopatía conjuntival, melanosis conjuntival, sarcoma de Kaposi palpebral y síndrome de ojo seco^{1,4-6}. Este último es la tercera patología más frecuente en pacientes con VIH (10-25%), muchas veces no diagnosticado por no ser conocida su alta incidencia y no ser sospechada ante las molestias inespecíficas del paciente³.

También se ha descrito, neuritis óptica retrobulbar, papiledema, papilitis, ceguera cortical y tumores orbitarios⁷. Las alteraciones neurooftalmológicas se presentan en 2-12%, entre ellas parálisis, paresias de nervios craneales y problemas oculomotores centrales⁸.

Las complicaciones oftalmológicas son más frecuentes en pacientes con grave afectación de la inmunidad celular y de presentarse, disminuirían su calidad de vida, haciendo su manejo terapéutico más costoso y complicado⁹.

Con el uso de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) se ha cambiado el cuadro clínico de la enfermedad ocular asociada a VIH. Es así que se ha conseguido mejorar la tasa de supervivencia de estos pacientes y disminuir el riesgo de ceguera¹⁰. De los resultados de numerosos estudios llevados a cabo en la era post TARGA, se observa que si bien la incidencia de retinitis por CMV ha disminuido, esta sigue siendo la causa principal de ceguera⁹. La aparición en algunos pacientes que reciben TARGA, de una inflamación intraocular denominada uveítis por reconstitución inmune que produce vitreítis, edema macular cistoide y formación de membranas epiretinales vendría a ser una desventaja de esta terapia¹¹.

El objetivo de este trabajo es describir los síntomas y los hallazgos oculares en pacientes con VIH-SIDA que no se encuentran en tratamiento con TARGA.

EL ESTUDIO

Se realizó un estudio prospectivo descriptivo observacional que contó con la aprobación del Comité de Ética del Hospital Nacional Dos de Mayo. Se incluyeron a todos los pacientes con infección VIH/SIDA atendidos en la consulta externa de los servicios de oftalmología y de medicina tropical del Hospital Nacional Dos de Mayo, -hospital público del Ministerio de Salud del Perú- que acudieron para ingresar al protocolo de TARGA financiada por el Fondo Global en el período de abril 2004 a julio del 2006.

Se tomaron los datos demográficos, así como la historia de infección VIH/SIDA, síntomas y signos oculares, tratamientos previos y enfermedades asociadas en una ficha. La evaluación oftalmológica fue la de rutina y consistió en la toma de agudeza visual con cartilla de Snellen, estudio del segmento anterior, motilidad ocular y oftalmoscopia binocular indirecta con dilatación. Todos los datos fueron procesados en el programa SPSS 10.

Se evaluaron 1642 ojos que correspondieron a 821 pacientes, de los cuáles 673 (82%) tenían estudios del nivel de linfocitos T CD4+. La edad estuvo en el rango de 16 a 73 años, con una media de 36, 74% fueron varones. La tuberculosis (TBC) fue la enfermedad asociada predominante (28%), seguida por sífilis (2,2%), neurocriptococosis (1,5%) y toxoplasmosis (0,4%). Habían recibido antirretrovirales 114 (13,9%). Un nivel de linfocitos T CD4 menor de 200/mm se halló en 57%, y una carga viral mayor de 100 mil copias/μg en 37% de pacientes.

Refirieron síntomas oculares 506 (62%) pacientes, siendo los más frecuentes disminución de la agudeza visual, picazón, ojo rojo, sequedad, visión de flotantes y diplopía (Tabla 1).

Se encontraron lesiones en el segmento anterior en 178 pacientes (21,7%). Las asociadas a VIH/SIDA afectaron principalmente la córnea (3,7%) siendo lo más observado queratopatía punctata superficial (Figura 1) y queratitis inespecífica; y la conjuntiva (3,6%), donde se halló con mayor frecuencia microangiopatía conjuntival y conjuntivitis infecciosa (Tabla 2). Muchos de los pacientes presentaron más de un síntoma y se les encontró más de un hallazgo.

Las complicaciones en el segmento posterior estuvieron presentes en 98 (11,9%) de pacientes, siendo las más observadas la microangiopatía vascular retinal (Figura 2) en 47 (5,7%) y la retinitis por CMV (Figura 3) en 31 (3,8%) localizada con mayor frecuencia en el área 1

Tabla 1. Síntomas oculares en pacientes VIH/SIDA en la era pre TARGA.

Síntomas	n	(%)
Disminución agudeza visual	315	(38,4)
Picazón/ardor	145	(17,7)
Ojo rojo	69	(8,4)
Sequedad	31	(3,8)
Visión de flotantes	14	(1,7)
Diplopía	8	(1,0)
Total	506	(61,6)

Tabla 2. Hallazgos oftalmológicos en pacientes VIH/ SIDA en la era pre TARGA, Hospital Nacional Dos de Mayo.

Hallazgos	n	(%)
Segmento anterior	178	(21,7)
Blefaritis	46	(5,6)
Catarata	23	(1,6)
Queratopatía punctata superficial	21	(2,6)
Microangiopatía conjuntival	15	(1,8)
Conjuntivitis	15	(1,8)
Queratitis inespecífica	9	(1,1)
Leucoma corneal	9	(1,1)
Uveítis anterior	8	(1,0)
Papilomas en párpados	5	(0,6)
Epiescleritis	4	(0,5)
Síndrome de ojo seco grave	1	(0,1)
Parálisis VI par	1	(0,1)
Otros	21	(2,6)
Segmento posterior	98	(11,9)
Microangiopatía vascular retinal	47	(5,7)
Retinitis por citomegalovirus	31	(3,8)
Retinitis por toxoplasma	7	(0,9)
Coroiditis tuberculosa	1	(0,1)
Otros	12	(1,5)

(Tabla 2). En 64% de pacientes con retinitis por CMV se presentó niveles de linfocitos T CD 4+ menor de 50/mm³. No se halló una asociación significativa entre niveles de linfocitos T CD4+ menores de 200/mm³ y retinitis infecciosa (Prueba exacta de Fisher, p>0,05).

La agudeza visual fue mayor de 20/70 o mejor en 98% de ojos. Se encontró ceguera en 19 ojos (1,2%) que se relacionó a complicaciones del VIH. La retinitis por CMV fue la causa más importante de ceguera (74%) en 14 ojos de 11 pacientes (8 unilateral y 3 bilateral) encontrándose inactividad de la inflamación en nueve ojos al momento del estudio.

DISCUSIÓN

La población estudiada fue en su mayoría joven y de sexo masculino, similar a los patrones de la población nacional infectada por este virus¹². A semejanza de otros países de Latinoamérica, África y Europa del Este se encontró una elevada coinfección entre VIH y TBC pulmonar (28%) y un número reducido de pacientes que habían recibido tratamiento antirretroviral con anterioridad^{4,5,13}.

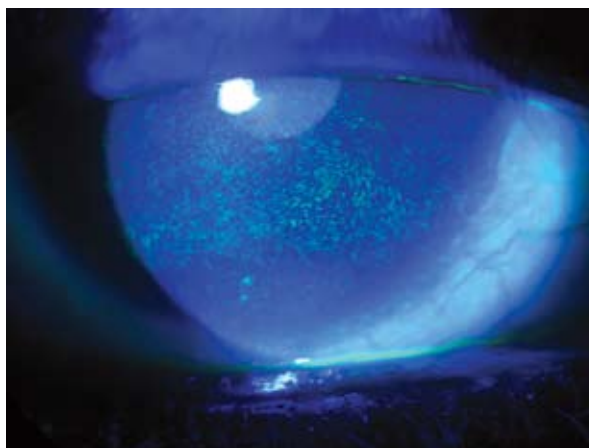


Figura 1. Queratopatía punctata superficial. Tinción con fluoresceína



Figura 2. Microangiopatía vascular retinal

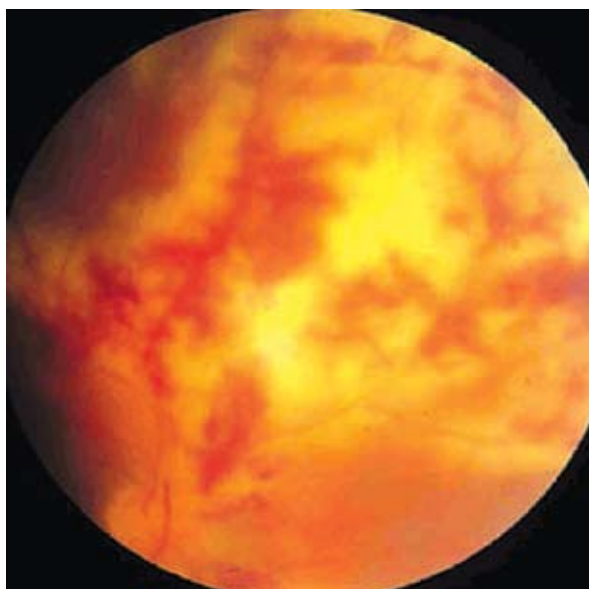


Figura 3. Retinitis por Citomegalovirus

Se encontró complicaciones oculares en 34% de los pacientes evaluados, con ligero predominio de hallazgos en el segmento anterior (21,7%) que el posterior (11,9%), cifras muy por debajo de lo descrito en otros estudios realizados en pacientes hospitalizados^{5,7,8}, con un mayor grado de déficit inmunológico.

Más de la mitad (57%) tenía valores de linfocitos T CD4+ < 200 cel/mL, y un 22% con grave inmunosupresión (< 50 cel/mL) hallazgo típico de pacientes en la era pre TARGA². Similar a lo descrito en otros estudios, no se encontró una asociación significativa entre niveles de linfocitos T CD4+ < 200 cel/mL y retinitis infecciosa².

Las lesiones en el segmento anterior se localizaron principalmente en córnea y conjuntiva, similar a lo descrito por otros autores⁴⁻⁶. No se halló ningún caso de sarcoma de Kaposi, que se describe con frecuencia en población europea o norteamericana^{1,2}.

En este estudio no se evidenció una preponderancia de la microangiopatía retiniana sobre la retinitis por CMV a diferencia de lo descrito por la literatura^{1,2}. La prevalencia de retinitis por CMV fue baja (3,8%), hallazgo que coincide con lo descrito en países en vías de desarrollo¹³. La aparición de estas dos complicaciones es propia de estadios avanzados de la enfermedad, lo que concuerda con lo observado (más frecuente en pacientes con linfocitos CD4 < 50 cel/mL).

La retinitis por CMV fue la causa más importante de ceguera (74%) en este grupo de pacientes, resultados que coinciden con otros estudios^{7,9}. El diagnóstico de esta retinitis es clínico, mediante el examen de fondo de ojo con pupila dilatada con la ayuda de un oftalmoscopio indirecto. Una de las limitaciones de este estudio es el no haber podido documentar con retinografías los casos relevantes, su progresión; y en aquellos casos atípicos no poder completar las pruebas diagnósticas por la falta de recursos económicos de la población estudiada.

Estudios posteriores deben ser realizados para evaluar el impacto del TARGA sobre las manifestaciones oculares del VIH/SIDA en población peruana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Holland GN, Pepose JS, Pettit TH, Gottlieb MS, Yee RD, Foos RY.** Acquired immune deficiency syndrome: ocular manifestations. *Ophthalmology* 1983; 90(8): 859-73.
- Pepose JS, Holland GN, Nestor MS, Cochran AJ, Foos RY.** Acquired immune deficiency syndrome: pathogenic mechanisms of ocular disease. *Ophthalmology*. 1985; 92(4): 472-84.
- Moraes HV.** Ocular manifestations of HIV/AIDS. *Curr Opin Ophthalmol*. 2002; 13(6): 397-403.
- Muccioli C, Belfort R, Lottemberg C, Lima J, Santos P, Kim M, Abreu MT, et al.** Achados oftalmológicos em AIDS: avaliação de 445 casos atendidos em um ano. *Rev Assoc Med Bras*. 1994; 40(3): 155-58.
- López F, Hernández L, Mejía C, Rodríguez J, Morales RE.** Manifestaciones oculares en pacientes con VIH-SIDA. *Rev Med Interna*. 1998; 9(1): 7-9.
- Tobaru L, Morales L, Barriga G, Carbone A, Cuellar L, Gotuzzo E, et al.** Manifestaciones oftalmológicas en el SIDA. *Rev Med Hered*. 1993; 4(2): 67-75.
- Muccioli C, Belfort R.** Manifestações da Aids no segmento posterior ocular. *Rev Bras Clin Ter*. 1998; 24(5): 200-5.
- Roig C, Iranzo A.** Trastornos visuales y oculomotores centrales en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). *Rev Neurol*. 1996; 24(136): 1597-1604.
- Kempen JH, Martín BK, Wu AW, Barron B, Thorne JE, Jabs DA, et al.** The effect of cytomegalovirus retinitis on the quality of life of patient with AIDS in the era of highly active antiretroviral therapy. *Ophthalmology*. 2003, 110(5): 987-95.
- Arruda RF, Muccioli C, Belfort R.** Achados oftalmológicos em infectados pelo HIV na pós-HAART e comparação com série de paciente avaliados no período pré-HAART. *Rev Assoc Med Bras*. 2004; 50(2): 148-52.
- Kempen JH, Min YI, Freeman WR, Holland GN, Friedberg DN, Dieterich DT, et al.** Risk of immune recovery uveitis in patients with AIDS and cytomegalovirus retinitis. *Ophthalmology*. 2006; 113(4): 684-94.
- Perú, Ministerio de Salud.** Análisis de la situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú. Bases epidemiológicas para la prevención y el control. Lima: Dirección General de Epidemiología, MINSA; 2006. Serie Análisis de la Situación y la Tendencia N.º 19.
- Cochereau I, Mlika-Cabanne N, Godinaud P, Niyongabo T, Poste B, Ngayiragije A, et al.** AIDS related eye disease in Burundi, Africa. *Br J Ophthalmol*. 1999; 83(3): 339-42.

Correspondencia: Dra. Bety Yáñez Álvarez. Servicio de Oftalmología, Hospital Nacional "Dos de Mayo". Lima, Perú. Dirección: Parque "Historia de la Medicina Peruana" s/n, Alt. Cdra. 134 Av. Grau, Cercado de Lima. Teléfono: (511) 328-0028 anexo 260 Correo electrónico: byanez@hotmail.com