

Complicaciones oftálmicas en los pacientes con VIH



Iván Meléndez Rivera, MD, FAAFP, AAHIVS

Ex Presidente Asociación de Médicos Tratantes de VIH de Puerto Rico
Director Médico, Centro Ararat
Facultativo Recinto de Ciencias Médicas (Florida Caribbean AETC) y PSM
imelendez@centroararat.org o llamar al 787-284-5884

Cerca del 70% al 80% de los pacientes infectados con VIH serán tratados por algún desorden oftálmico asociado con su diagnóstico de VIH durante el curso de la enfermedad. Todas las áreas del sistema visual en los pacientes con infección por VIH/SIDA pueden ser potencialmente afectadas..

El citomegalovirus (CMV), que puede conducir a la pérdida de la visión, es la infección ocular más frecuente y puede afectar al 30% de los pacientes severamente inmunodeprimidos.

Desde el advenimiento de la terapia antirretroviral altamente reactiva (*HAART*), la incidencia de la retinitis por CMV ha disminuido significativamente. El recuento de los linfocitos CD4+ se ha utilizado como predictor de ciertas infecciones oculares en pacientes positivos al VIH.

CD4	Complicaciones			
	Vasculares	Infecciones oportunistas	Tumores	Neurooftálmicas
>500 células	-Enfermedad oclusiva de grandes vasos	-Necrosis aguda de retina -Molusco contagioso	-Carcinoma de células escamosas de la conjuntiva	-Retinopatía por VIH
<500 células		-Herpes zóster oftálmico	-Sarcoma de Kaposi -Linfomas	-Neuropatía de nervios craneales
<200 células		-Coroidopatía por pneumocitis -Tuberculosis ocular		
<100 células	-Retinopatía por VIH -Vasculopatía conjuntival	-Retinitis por CMV -Toxoplasmosis -Coroidopatía por criptococos		-Neuropatía óptica -Nervio craneal afectado

Adaptado de Wani MGA, Hospital provincial Mature, Zimbabwe.

Para facilitar la identificación de las complicaciones, se presenta a continuación un resumen por segmento ocular.

Manifestaciones de los anexos oculares

Estos incluyen los párpados, la conjuntiva y el sistema de drenaje lacrimal. Las lesiones más comunes en los pacientes VIH positivo pueden ser:

- Herpes zóster oftálmico (HZO);
- Sarcoma de Kaposi;
- El molusco contagioso; y
- Microvasculopatía conjuntival.

Manifestaciones del segmento anterior

El segmento anterior del ojo está compuesto por la córnea, la cámara anterior y el iris. Los síntomas más comunes que presenta el paciente incluyen irritación, dolor, fotofobia y disminución de la visión.

Más del 50% de los pacientes presentan complicaciones en el segmento anterior, tales como:

- Ojos secos (queratoconjuntivitis seca);
- Infección de la córnea (queratitis); y
- Inflamación de la cámara anterior (iridociclitis).

Manifestaciones del segmento posterior

Trastornos de al menos una estructura del segmento posterior (retina, coroides y cabeza del nervio óptico) se observan en más del 50% de los pacientes VIH positivos. Las quejas más comunes son:

- Flotadores;
- Luces intermitentes;
- Defecto del campo visual; y
- Disminución de la agudeza visual.

La presencia de un defecto pupilar aferente sugiere la participación significativa de la retina o del nervio óptico. El diagnóstico suele basarse en la evidencia clínica observada en los exámenes de fondo de ojo.

Manifestaciones de la órbita

Las complicaciones de la órbita u orbitarias son poco frecuentes en los pacientes VIH positivos. De ocurrir, las más comunes son el linfoma orbitario y celulitis orbitaria debido a la infección por *aspergillus*. La aspergilosis asociada al VIH ocurre típicamente en pacientes con recuentos de células CD4+ por debajo de 100/ μ L. En relación con el manejo, los linfomas son tratados con radiación y quimioterapia, mientras que la celulitis orbitaria es susceptible a los antibióticos sistémicos.

Toxicidad ocular de los antirretrovirales

Los medicamentos utilizados para combatir la infección por el VIH no se han asociado con problemas oftálmicos, salvo el uso en dosis altas de la **didanosina**, que se ha asociado con anomalías del epitelio pigmentario de la retina.

Entre los medicamentos para tratar condiciones asociadas al VIH se encuentran varios que causan problemas en el ojo. Hasta un 33% de los pacientes que utilizan altas dosis de **rifabutina** para tratamiento de tuberculosis pueden experimentar una inflamación intraocular.

El **cidofovir** utilizado para tratar herpes puede producir uveítis en un 25-30% de los pacientes y puede disminuir la presión intraocular hasta en el 10% de los usuarios. La uveítis leve puede ser tratada con corticosteroides tópicos, pero la uveítis severa y la hipotonía pueden causar la pérdida permanente de la vista; por lo tanto, el cidofovir debe suspenderse.

En el tratamiento de CMV con **aciclovir** y/o **ganciclovir** intravenoso se ha encontrado asociación con inclusiones epiteliales corneales.

Atovaquone, en la terapia de *pneumocitis jiroveci*, se asocia con depósitos subepiteliales en la córnea.

Los efectos adversos previamente mencionados se relacionan con la dosis del medicamento y suelen pasar después de discontinuarlo, con excepción de los cambios anormales del pigmento epitelial de la retina.

Complicaciones de manifestaciones oculares

Las consecuencias de las manifestaciones oculares en la infección por VIH pueden conllevar a cualquiera de

los siguientes tres procesos:


- Inflamación (infecciosa o no infecciosa);
- Daño de nervio; y
- Cicatrices en tejido.

Recomendaciones y comentario

Los pacientes con menos de 50 células/mm³ en el recuento de CD4 deben ser examinados por un oftalmólogo cada 6 meses. Los pacientes con trastornos visuales o síntomas oculares incansables, independientemente de su recuento de CD4, deben ser evaluados por un oftalmólogo.

La gravedad de los signos y síntomas debe guiar al médico en la decisión de solicitar una consulta de emergencia.

El examen de la retina en pacientes infectados por VIH debe incluir la oftalmoscopia indirecta a través de una pupila dilatada para poder evaluar la totalidad del fondo de ojo y la periferia.

El médico de cuidado primario y el oftalmólogo deben trabajar juntos para manejar las infecciones oportunistas en pacientes infectados por VIH. 

Referencias

- Kuppermann BD, Petty JG, Richman DD, et al. Correlation between CD4+ counts and prevalence of cytomegalovirus retinitis and human immunodeficiency virus-related noninfectious retinal vasculopathy in patients with acquired immunodeficiency syndrome. *Am J Ophthalmol* 1993;115:575-582.
- Whitley R, Jacobson M, Friedberg D, et al. Guidelines for the treatment of cytomegalovirus diseases in patients with AIDS in the era of potent antiretroviral therapy. *Arch Intern Med* 1998;158:957-969.
- Gebo KA, Kalyani R, Moore RD, Polydefkis MJ. The incidence of, risk factors for, and sequelae of herpes zoster among HIV patients in the highly active antiretroviral therapy era. *J Acquir Immune Defic Syndr*. Oct 1 2005;40(2):169-74.
- Dugel PU, Gill PS, Frangieh GT, Rao NA. Ocular adnexal Kaposi's sarcoma in acquired immunodeficiency syndrome. *Am J Ophthalmol*. Nov 15 1990;110(5):500-3.
- Akduman L, Pepose JS. Anterior segment manifestations of acquired immunodeficiency syndrome. *Semin Ophthalmol*. Jun 1995;10(2):111-8.
- Jeng BH, Holland GN, Lowder CY, Deegan WF 3rd, Raizman MB, Meisler DM. Anterior segment and external ocular disorders associated with human immunodeficiency virus disease. *Surv Ophthalmol*. Jul-Aug 2007;52(4):329-68.
- Davis JL, Taskintuna I, Freeman WR, Weinberg DV, Feuer WJ, Leonard RE. Iritis and hypotony after treatment with intravenous cidofovir for cytomegalovirus retinitis. *Arch Ophthalmol*. Jun 1997;115(6):733-7.
- Vrabec TR. Posterior segment manifestations of HIV/AIDS. *Surv Ophthalmol*. Mar-Apr 2004;49(2):131-57.
- Clarkson JG, Blumenkranz MS, Culbertson WW, Flynn HW Jr, Lewis ML. Retinal detachment following the acute retinal necrosis syndrome. *Ophthalmology*. Dec 1984;91(12):1665-8.