

REPORTE DE CASO:

CITOMEGALOVIRUS Y PANUVETIS SIFILITICA OCULAR EN PACIENTE CON SIDA

Aguilar Urbina EW ^{a1}, García Tello AV ^a, Cruz Bejarano SR, Trujillo Neciosup ME ^a, Bartolo Cuba LA ^a, Ticlia Agreda JL ^a, Nuñez Acevedo ES ^a.

a: Medico de la Unidad Clínica de Enfermedades Tropicales e infecciosas-Hospital Regional Docente de Trujillo. Perú. 2014².

Key Words: SIDA, Citomegalovirus ocular, panuveitis ocular.

DECLARACION DE FINANCIAMIENTO

El presente reporte de caso ha sido financiado en el 100% por la Unidad de Enfermedades Tropicales e Infecciosas del Hospital Regional de Trujillo.

DECLARACION DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores del presente artículo declaramos no tener vínculo con algún laboratorio ni empresa farmacéutica que expende algún medicamento aquí presentado.

Los intereses de los autores no son tendenciosos, lo cual afectaría la imparcialidad de la siguiente presentación.

¹ Correo electrónico: willam_aguilar1@hotmail.com

² Hospital de Referencia Regional de Enfermedades Tropicales e Infecciosas. Trujillo-Perú.

RESUMEN

La retinitis por citomegalovirus es una de las infecciones oculares oportunistas más frecuente en los pacientes con SIDA con cd4 bajo; sin tratamiento es inevitable la ceguera, la cual se manifiesta en semanas o meses, debida a la afectación retiniana extensa, desprendimiento de retina o atrofia óptica.

La sífilis es otra patología que se asocia a infección por VIH, se reporta sífilis secundaria en mayor porcentaje de los casos; siendo la uveítis por sífilis pleomórfica, se presenta en la etapa secundaria. Las manifestaciones oculares más frecuentes ocurren en el segmento posterior, se presentan en un 80 % de los casos en pacientes con SIDA.

Se presenta el reporte de caso por encontrarse coinfección de sífilis y citomegalovirus en un paciente en estadio SIDA.

Palabras clave: SIDA, Panuveítis sifilítica, Citomegalovirus Ocular.

ABSTRACT

The retinitis caused by cytomegalovirus is one of the most recurring ocular infection in AIDS patients having a low cd4; blindness is highly unavoidable in a few weeks or months if no treatment is provided. This type of disease is caused by a large retinal condition, retinal detachment or optical atrophy. Ganciclovir is a drug of choice.

Syphilis is another type of pathology related to HIV infection, syphilis secondary is reported as a higher percentage in most cases; uveitis caused by pleomorphic syphilis is developed on the secondary phase. The most common ocular appearances are in the next section where 80 % of AIDS patients experience this problem. It responds to a crystal penicillin.

This report of case is given due to a presentation of coinfection of syphilis and cytomegalovirus in an AIDS patient.

KEY WORDS: AIDS, Syphilitic Panuveitis, Ocular Cytomegalovirus.

INTRODUCCIÓN:

Las enfermedades oportunistas en pacientes infectados por el VIH son el producto de dos factores: la falta de defensas inmunitarias a causa del virus y presencia de microbios y otros patógenos en su entorno cotidiano.

La retinitis por citomegalovirus es la infección ocular más frecuente en pacientes con SIDA, pero en raras ocasiones suele ser la manifestación inicial de la enfermedad. En un estudio realizado en Perú, la retinitis por Citomegalovirus ocupa el segundo lugar de todas las afecciones oculares y primer lugar en patologías infecciosas.¹

El motivo de consulta son fopsias, miodesopsias y disminución de agudeza visual, pero dependiendo del lugar de afectación retiniana, puede ser asintomática, por lo que es importante la revisión funduscópica de los pacientes con SIDA con CD4 bajo.²

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, la forma más típica es la presencia de lesiones retinianas granulares, blanco amarillentas, sin afectación coroidea sub yacente, adyacentes a un vaso retiniano, afectando con mayor frecuencia a las arcadas temporales. Estas lesiones granulares corresponden a áreas de necrosis de todas las capas de la retina en forma de "llamarada", de bordes irregulares, que se entremezclan progresivamente con hemorragias, generalmente superficiales, adoptando el típico patrón de "queso rallado y salsa de tomate"³.

En ausencia de tratamiento es inevitable la ceguera en varias semanas o meses debido a afectación retiniana extensa, desprendimiento de retina o atrofia óptica². El ganciclovir es un fármaco de primera línea, administrado vía intravenosa; intravítreo es igual de efectivo pero no protege al otro ojo ni de las manifestaciones extraoculares.

La sífilis es otra patología que se asocia a infección por VIH, su incidencia de sífilis en pacientes con inmunodeficiencia humana es de 8,3 % comparado con el 0,77 % en pacientes VIH negativos. Se reporta sífilis primaria en 13 % y secundaria en 43 % de los casos⁴.

La uveítis por sífilis es pleomórfica, se presenta en la etapa secundaria y con menor frecuencia en la terciaria. Puede manifestarse bajo diferentes formas clínicas: iritis, iridociclitis, coriorretinitis, papilitis o vasculitis; las manifestaciones oculares más frecuentes ocurren en el segmento posterior, se presentan en un 80 % de los casos en pacientes con SIDA. Responde de manera sorprendente a la terapia con penicilina cristalina⁵.

Justificación:

Es importante porque no siendo frecuente esta asociación podría pasar desapercibida por el médico evaluador, haciendo un diagnóstico temprano se asegura el éxito en el tratamiento.

Objetivo:

Conocer las características clínicas de infecciones oculares oportunistas en paciente en estadio SIDA. Realizar una revisión de los tratamientos actualizados de citomegalovirus y pan uveitis ocular.

PRESENTACION DE CASO CLINICO:

Paciente varón de 28 años, soltero, adventista, con grado de instrucción superior.

Desde hace 15 meses presenta disminución de la agudeza visual en ojo derecho, visualiza "mancha oscura", afirma no distinguir letras, ni caras; síntomas con progresión lenta. El ojo contralateral sin alteraciones. Evaluado por oftalmólogo que diagnostica una infección por "toxoplasmosis ocular", recibiendo tratamiento con Trimetropim/sulfametoxazol y Azitromicina por 11 semanas, sin mejoría clínica y progresivamente pierde la visión del ojo derecho completamente.

Desde hace 4 meses presenta en forma progresiva disminución de la agudeza visual en ojo izquierdo, viendo en forma episódica "manchas algodonosas". Hace 7 días acude a IRO, le informan que visión ha empeorado. Lleva resultado de Elisa reactivo. Es derivado a nuestra unidad Clínica.

PERFIL DEL PACIENTE: Inicio de RS: A los 20 años de edad, HSH, Trabajador sexual. Bebedor social, Consumo de tabaco: 1 cigarro diario.

Examen clínico: PA: 90/60 mm Hg P: 80 lpm FR.: 18 rpm T: 36.5°C SO₂:98% Peso: 42 Kg, Talla: 172cm, IMC: 14.19 Kg/m². Apreciación general: Mal estado general, mal estado nutricional, pálido +/- +++. Uñas de pies: onicolísis, oncodistrofia. T.C.S.C.: Escaso. Ojos: OD: Ceguera total, pupila no reactiva, NPL OI: visión borrosa, estrabismo convergente, no ptosis, pupila midriática 4 mm, foto reactiva. CD +/- 20cm.

Durante su hospitalización recibe penicilina G sódica y ganciclovir, y evaluación conjunta con IRO evidenciándose mejoría, luego de 3 semanas de tratamiento se inicia TARGA, dado de alta con mejoría clínica.

DISCUSIÓN

Desde que se introdujo el TARGA en los Estados Unidos, en 1995, se sostuvo que no necesita usarse quimioprofilaxis de por vida para las infecciones oportunistas. El periodo de susceptibilidad a las infecciones oportunistas sigue siendo indicado con exactitud por los recuentos de linfocitos T CD4+.

Debido a que en las últimas décadas la incidencia de sífilis en pacientes coinfectados con VIH ha aumentado, debemos considerar esta entidad ante la presencia de un paciente con uveítis bilateral, incluso con VDRL, FTA abs y VIH negativos. En estos pacientes existe, además, una importante asociación entre sífilis ocular y neurosífilis, debe ser descartada mediante el estudio del LCR⁶.

Retinitis por citomegalovirus es la más común infección oportunista en pacientes con HIV y SIDA, algunos estudios presentan una media de CD4 <17 células en el diagnóstico⁷.

En países de Latinoamérica, cada vez se estudia con más frecuencia la infección por VIH y las infecciones oportunistas; en Perú en el 2007, se estudió las afecciones oftalmológicas, siendo la retinitis por CMV el segundo lugar, (3,8%), después de la microangiopatía vascular retinal. En 64% de pacientes con retinitis por CMV se presentó niveles de linfocitos T CD 4+ < de 50/mm³. La retinitis por CMV fue la causa más importante de ceguera (74%), encontrándose 72% afectación unilateral⁸.

Sífilis ocular es rápidamente progresiva y más extensiva en pacientes infectados por VIH en comparación a pacientes no infectados, es usualmente bilateral y más común en pacientes varones⁹.

Sífilis es una causa poco común de uveítis en pacientes infectados por HIV¹⁰, la aparición no se correlaciona con el CD4, pero Kood et al demostró que la sífilis primaria y secundaria fue asociada con disminución del CD4 y elevación de la Carga viral¹¹.

En nuestro paciente se detecta la panuveítis sífilítica por los resultados de FTA abs y citomegalovirus por resultados serológicos y clínicos del oftalmólogo, se descartó la toxoplasmosis ni criptocosis ocular por serología negativa y además no presentaba clínica neurológica para asociarlo a afectación ocular.

Fathilah *et al.* Reporto un caso de reacción de Jarisch-Herxheimer in sífilis ocular, la cual se limita usando metilprednisolona o bajas dosis de esteroides¹².

Aunque la terapia con TARGA ha disminuido los casos de infecciones oportunistas en los pacientes con sida, es posible encontrar infecciones poco comunes como la panuveitis sifilítica en asociación a otras como la retinitis por CMV y otras patologías como criptococosis¹³. También se ha encontrado panuveitis sifilítica en Síndrome de Reconstitución Inmunológica, la cual debe ser diagnosticada y tratada en forma temprana.¹⁴

BIBLIOGRAFIA:

1. Tobaru L, Morales L, Barriga G, Carbone A, Cuellar L, Gotuzzo E, Sanchez J y Campos P. Manifestaciones oftalmológicas en el SIDA. Rev Med Hered 1993; 4(2): 67-74.
2. Pérez M, Salinas A, García A. Manifestaciones retinianas de las enfermedades infecciosas. An. Sist. Sanit. Navar. 2008; 31 (Supl. 3): 57-68.
3. Pérez E, Redondo M, Gracia T. Sida y oftalmología: una visión actual. An. Sist. Sanit. Navar. 2008; 31 (Supl. 3): 69-81.
4. Sanz S, Castany M, Ibáñez N, Arias L. Sífilis ocular en un paciente con VIH. Ann d´Oftal. 2003;11:184-186.
5. Velasquez A, Cornejo P, Ortega G, Villasis-Keever, Calva J, Ruiz G, et al. Sífilis ocular y neurosífilis en pacientes con VIH. Reporte de dos casos con VDRL y FTA-ABS séricos negativos al inicio y revisión de la literatura. Enf Infec Micro. 2001;21:49-53
6. Guarache D, Oviol Y, Ortiz M, Morales C, Freitas H, Márquez K. Panuveitis Sifilítica, Neurosífilis Y SIDA en un paciente con pruebas serológicas inicialmente negativas. A propósito de un caso. Revista de la Facultad de Medicina. 2007; 30 (2): 155-158.
7. Govendera P, Hansraj B, Naidoo K and Visser L. Ocular manifestations of HIV/AIDS: A literature review (Part 2). S Afr Optom 2011 70(2) 81-88.
8. Yañez B. Hallazgos oftalmológicos en pacientes con VIH/SIDA en la era pre TARGA Rev Peru Med Exp Salud Publica 2007; 24(3):290-93.
9. Tran T, Cassoux N, Bodaghi B, Fardeau C, Caumes E, Lehoang P. Syphilitic uveitis in patients infected with human immunodeficiency virus. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol 2005;243:863-9.
10. Chhablani J, Biswas J, Sudharshan S. Panuveitis as a manifestation of ocular syphilis leading to HIV diagnosis. Oman Journal of Ophthalmology. 2010; 3 (1): 29-31.
11. Kofoed K, Gerstoft J, Mathiesen LR, Benfield T. Syphilis and human immunodeficiency virus (HIV)-1 coinfection: Influence on CD4 t-cell count, HIV-1 viral load, and treatment response. Sex Transm Dis 2006;33:143-8.
12. Fathilah J, Choo MM. The Jarisch-Herxheimer reaction in ocular syphilis. Med J Malaysia 2003;58:437-9.

13. Montoya C, Paulo J y Velásquez L. Criptococosis ocular y retinitis por citomegalovirus en paciente inmunosuprimido. Infectio. 2012;16(Supl 3): 100-103
14. Bernal E, Munoz A, Ortiz M y Cano A. Syphilitic panuveitis in an HIV-infected patient after immune. Restoration. Cartas científicas / Enferm Infecc Microbiol Clin. 2009;27(8):483-490.

Cuadro 1: Exámenes de laboratorio basales y durante hospitalización

	EXAMENES SOLICITADOS
18-3-13	FTA ABS: 2+. ELISA VIH: Reactivo.
04-3-14	Ig G Tox:22.4 (+) ,Ig M Tox 4 (-).Ac- Toxoplasma Ig G:897.2 (+), Anti-Toxoplasma Ig M: 0.31 (-)
11-3-14	Hemograma: Leucocitos: 2500 (0-82-0-0-0 18), Hto: 32.8%, Grupo y factor: O +, Glucosa: 70 mg/ dl, Creatinina : 1.1 mg /dl, TP: 12.8" INR 1.45, TPTa: 42 ". Radiografía de Tórax: Normal.
20-3-14	Criptococcus antígeno latex: suero y LCR: negativo. VDRL (LCR): negativo.
26-3-14	CD4: 6, CARGA VIRAL: 3504.

Figura 1: diámetro superior del disco se observa lesión hemorrágica sobre una lesión blanquecina tipo "cheesse and tomato".

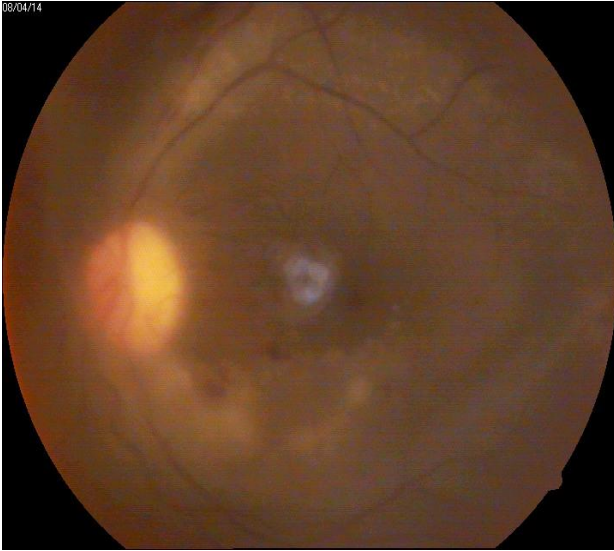


Figura 2: diámetro inferior del disco se observa lesión hemorrágica sobre una lesión blanquecina tipo "cheesse and tomato".

