

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
HOSPITAL GENERAL DOCENTE
"DR. AGOSTINHO NETO"
GUANTANAMO.

SIDA EN OFTALMOLOGIA.

Dr. Rubén Julke Delfino Legrá¹, Dra. Mayda Armas López², Dra. Natacha Sanféliz Yebra³.

RESUMEN

La frecuencia de las manifestaciones oftalmológicas en los pacientes con SIDA va aumentando progresivamente. En el presente trabajo se presenta la incidencia, las manifestaciones oftalmológicas más frecuentes, así como el tratamiento y las perspectivas futuras.

Palabras clave: SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA/complicaciones; RETINITIS POR CYTOMEGALOVIRUS/ etiología;TOXOPLASMOSIS OCULAR/ etiología.

INTRODUCCION

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) aparece por primera vez en la primavera de 1981, en la ciudad de Los Ángeles, en los Estados Unidos de Norteamérica, cuando se describen los primeros casos con neumonía por *Pneumocitis carinii* y, posteriormente, de sarcoma de Kaposi en varones homosexuales previamente sanos. En 1982 se describen los primeros casos en hemofílicos y transfundidos. Todos ellos presentaban un estado grave de inmunodeficiencia, que hacía a los pacientes susceptibles a infecciones por gérmenes oportunistas y carcinomas atípicos.

¹Especialista de I Grado en Oftalmología. Hospital General Docente "Dr. Gustavo de la Concepción y de la Pedraja", Baracoa.

² Especialista de II Grado en Oftalmología. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto", Guantánamo.

³ Especialista de I Grado en Oftalmología. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto", Guantánamo.

Entre 1983 y 1984, dos grupos de investigadores franceses y norteamericanos, liderados por Luc Montaigner y Robert Gallo, respectivamente, aislaron el virus que causaba la enfermedad, actualmente denominado virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); en 1985 se comercializaron los tests serológicos mediante los cuales pueden ser detectados los anticuerpos de las personas infectadas por el virus.

INCIDENCIA

Se plantea que, actualmente, en el mundo hay 40 millones de personas infectadas con el virus, y de ellos, 28.5 millones viven en África Subsahariana. Desde que se inició la epidemia, en nuestro país se han infectado 4 165 personas. En la actualidad viven 3 098 personas con el VIH. De los 1 766 que han enfermado del SIDA, 1 002 han fallecido.

Según proyecciones de un informe de la agencia de Naciones Unidas para el SIDA, ONU/SIDA, si no se amplían los esfuerzos de prevención y terapia, entre los años 2 000 y 2 020 morirán 68 millones de personas; es decir, cinco veces más de los que fallecieron en las dos décadas de existencia de la epidemia.

MANIFESTACIONES OFTALMOLÓGICAS.

La frecuencia de las manifestaciones oftalmológicas en los pacientes con SIDA va aumentando progresivamente con la mayor supervivencia de los enfermos, debido a la introducción de nuevos antirretrovirales, ya que conservan buen estado general hasta fases terminales de la enfermedad; de ahí la importancia del examen oftalmológico a estos pacientes, así como un diagnóstico y tratamiento oportuno de cualquier manifestación oftalmológica.

Según la literatura médica revisada, la afección ocular ocurre entre el 50% y el 75% de los pacientes con SIDA; las manifestaciones oftalmológicas más frecuentes son: la microangiopatía retiniana no infecciosa, las infecciones oportunistas y los tumores.

La microangiopatía retiniana no infecciosa se presenta en más del 50 % de los casos de SIDA clínico y en el 1% al 3 % de los casos en estadio de portador asintomático. Se caracteriza por exudados algodonosos asociados con hemorragias retinianas y microaneurismas alrededor de las arcadas vasculares; se plantean como posibles causas los depósitos de inmunocomplejos y la infección VIH del endotelio retinal.

La retinitis por citomegalovirus es la infección ocular de tipo oportunista que aparece con más frecuencia en los pacientes afectados de SIDA y, además, es la primera causa de ceguera en esta enfermedad.

Se plantea que, típicamente, afecta un ojo, aunque progresivamente se afectan ambos. La retinitis central se caracteriza por un área densa, blanca, bien delimitada y geográfica de necrosis retiniana, que a menudo se desarrolla junto a las arcadas vasculares; las hemorragias pueden formarse en el interior del área de retinitis y aparecen en estadios avanzados de inmunosupresión. La retinitis periférica tiene un aspecto blanco, más granular y no bien delimitado; es más común que el tipo central, aunque en muchos pacientes coexisten ambos tipos.

La toxoplasmosis ocular ocupa el segundo lugar en frecuencia e importancia en las retinitis de los pacientes con SIDA; algunos autores refieren una mayor incidencia de esta afección ocular en España respecto a los Estados Unidos. Esta afección oftalmológica puede complicar hasta el 20 % de los casos de encefalitis toxoplásmica por SIDA. En este síndrome las lesiones coriorretinianas suelen ser bilaterales, multifocales, y pueden originar desprendimiento de retina regmatógeno, de crecimiento lento, localizado preferentemente en polo posterior, en la proximidad de los grandes vasos, asociado a vitritis y no es infrecuente la asociación a una uveítis anterior granulomatosa.

El sarcoma de Kaposi es un tumor vascular que afecta finalmente al 25 % de los pacientes con SIDA. Puede afectar los párpados, la conjuntiva, e incluso invadir la órbita; adopta la forma de manchas planas, pápulas ligeramente elevadas o nódulos de color rosado, rojo, violeta y marrón. Las lesiones en fase precoz pueden ser confundidas con una hemorragia subconjuntival crónica, un granuloma por cuerpo extraño o un hemangioma cavernoso.

Entre las manifestaciones tumorales orbitarias en los pacientes con SIDA, la más frecuente es el linfoma no Hodgkin, debido, probablemente, a la afinidad del VIH por las células linfoideas; puede adoptar una forma pseudoinflamatoria o una forma crónica.

En la forma pseudoinflamatoria el signo clínico más habitual es la proptosis unilateral, de evolución rápida, acompañada de edema palpebral y ptosis, así como oftalmoplejía y pérdida de visión.

En la forma crónica aparece una masa tumoral de evolución lenta, con aparición progresiva de ptosis y proptosis.

TRATAMIENTO

El mayor recurso que existe es la prevención de esta enfermedad, ya que hasta el momento no existe una cura para la misma, por lo que la información adecuada, tanto a la población en general como a los grupos de riesgo, contribuye decisivamente a evitar el contagio del SIDA. Este ha tomado dimensiones pandémicas al afectar a millones de

personas en todo el mundo, por lo que es necesario luchar por evitar una diseminación de la infección, así como lograr una atención adecuada de los enfermos de SIDA, que les permita una mayor calidad de vida.

PERSPECTIVAS FUTURAS

Todo médico debe intentar luchar contra la diseminación de la infección. Actualmente el mayor recurso es su prevención, con información adecuada a la población, tanto general como a los grupos de riesgo conocidos: medidas consistentes en la implantación de prácticas sexuales de bajo riesgo (preservativos) y evitar el multiuso del material contaminado.

Se continúa el desarrollo de métodos de laboratorio para la detección de las proteínas específicas del virus VIH en el suero de pacientes (pruebas antigénicas y reacción en cadena de la polimerasa), lo que aumenta con exactitud la detección de la infección, y elimina posibles falsos positivos y negativos.

Aunque a nivel sistémico la Zidovudina (AZT) y otros fármacos (DDC-didesoxicidina, DDI-didesoxi-inosina, Ditiocarb sódico) han supuesto un paso adelante cuanto a mejorar la calidad de vida y supervivencia en los pacientes afectados, es probable que el desarrollo de un tratamiento curativo específico y una vacuna no será posible hasta dentro de algunos años.

En cuanto a la retinitis por citomegalovirus, como primera causa de ceguera en esta enfermedad, a corto plazo el desarrollo de liposomas de ganciclovir para inyección intravítrea u otros sistemas poliméricos de liberación lenta pueden suponer un avance, en espera del desarrollo de fármacos virucidas capaces de erradicar la infección de las células retinianas.

BIBLIOGRAFIA

1. Adam A. Alteraciones oftalmológicas del SIDA. Arch Soc Esp Oftal 1989; 57: 210-32.
2. Álvarez Sintés R. Infección por virus de la inmunodeficiencia humana. En: Temas de medicina General Integral. Vol 2 La Habana. Editorial Ciencias Médicas; 2001: 412-21.
3. Arval Colina F. Manifestaciones oculares asociadas al virus de inmunodeficiencia humana. Rev Oftalm Venez; ene-mar 1992;48 (1): 20-6.
4. Cano J. Manifestaciones oftalmológicas de linfoma no Hodgkin asociado al SIDA. St Ophthalmol 1995; 14, 149-153.

5. Cano J, Adam A, Díaz Llópez M. Epidemiología de las manifestaciones oftalmológicas del SIDA en España. Arch Soc Españ Oftalmol 1996, 64: 430-44.
6. Cecil-Loeb. Manifestaciones oftalmológicas del SIDA. En: Tratado de Medicina Interna 20ª Ed. Editorial Ciencias médicas. Ciudad de La Habana; 2000: 2155-57.
7. Chio SH. Ophthalmic findings in patients with acquired immunodeficiency syndrome. J Microbiol Immunol Infect; mar 2000; 33 (1): 45-8.
8. Díaz Martínez A, Valdés Abreu M, Resik Aguirre S. Infección por citomegalovirus. Rev Cub Med Gen Integr. 1998; 14 (3): 270-72.
9. Dotres Martínez C, Pérez González R. Plan Estratégico Nacional ITS/VIH/SIDA. 2001 - 2006: 1-10.
10. Freeman WR. A prospective study of the ophthalmologic findings in the AIDS. Am J Ophthalmol 1984; 97: 133-134.
11. García Galbán E, Ramírez de Quesada E. Programa de Entrenamiento sobre el SIDA. Generalidades. Ed. Ciencias Médicas. C. Habana; 1989: 13-15.
12. Hansen LI. Retinal diseases in AIDS. Ophthalmol; jun 1993; 90 (3): 239-49.
13. Kanski J. Oftalmología General. 3ª ed. Editorial Mosby; 1995: 133-34.
14. Macambira R, La Nuez Mfarias U. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Folha M.D; jun-feb 1993; 106; 11-22.
15. Messina Bas O, Prado Serrano A. Conocimiento clínico-terapéutico actual del SIDA en oftalmología. Rev Mex Oftalmol; sep-oct 1997;7 (5): 171-7.
16. Menezo J, Díaz Llópez M. Causas, tratamiento y prevención de la ceguera en el SIDA. La retinitis por citomegalovirus. Editorial Sintex Latino S.A. 1992: 21-55.
17. Muci Mendoza R. Algoritmo oftalmoscópico en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Antibiot-Infecc; ene 1994; 2(1): 3-8.
18. Muccioli C. Ophthalmological manifestations in AIDS: evaluation of 445 patients in one year. Rev Assoc Med Bras; jul-sep 1994; 40 (3): 155-8.
19. Park KI, Smith RE. Ocular manifestations of AIDS. Cun-Opin Ophthalmol; dic 1995; 6 (6): 82-7.
20. Pérez E. Microangiopatía retiniana en la infección por el virus de inmunodeficiencia humana. Tesis Doctoral. Universidad La Laguna. 1993.
21. Pérez E, Farro M. Microangiopatía retiniana en la infección por el virus de inmunodeficiencia humana. Arch Soc Esp Oftal 1990; 58: 437-44.

22. Pifano J, Cordero R. Manifestaciones oculares del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Rev Oftalmol Venez. Ene-Mar 1997;45 (1): 7-28.
23. Reifler OM. Orbital lymphoma associated with acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) Serv Ophthalmol 1994; 28: 371-80.
24. Salinas van Dam E. Principales causas de uveítis en pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana. Rev Mex Oftalmol. Jul-Ago 1995; 69 (4): 134-8.
25. Thierman J, Sensee E. Toxoplasmosis ocular en pacientes inmunocomprometidos y con síndrome de inmunodeficiencia adquirida: Revisión bibliográfica. Arch Chil Oftalmol 1994; 5 (2): 23-9.
26. Tobaró L, Morales L, Barriga G. Manifestaciones oftalmológicas en el SIDA. Rev Med Herd; jun 1996; 4 (2): 67-75.
27. Turok DI, Mayer DR. Orbital lymphoma associated with acquired immunodeficiency syndrome. Arch Ophthalmol 1992; 110: 610-11.
28. Vaughan DI. Oftalmología General. 9ª ed. México. Editorial El Manual Moderno; 1997; 241-250.
29. Zeiger JL. Non-Hodgkin's lymphoma in 90 homosexual men. Relation to generalized lymphadenopathy and the acquired immunodeficiency syndrome. N Engl J Med 1994; 311: 565-70.