

Necrosis retiniana por *citomegalovirus*: como presentación inicial de un caso de SIDA

Cytomegalovirus retinal necrosis: as initial presentation of AIDS

Rolando Quispaya Q.¹, Paola Fernandez M.²

Resumen

La retinitis por CMV es la infección ocular oportunista más frecuente en los pacientes con SIDA. La necrosis retiniana aguda suele corresponder a infecciones por VVZ o VHS, y sólo en un pequeño porcentaje de casos es secundaria a infección por CMV. El tratamiento (dosis de mantenimiento) con valganciclovir no descarta completamente la posibilidad de desarrollo de enfermedad por CMV, además que se asocia a otras infecciones oportunistas, en este caso asociado a herpes zoster y molusco contagioso. Presentamos un Caso Clínico de un paciente VIH positivo, sin tratamiento, con necrosis retiniana aguda por CMV del ojo izquierdo como forma inicial de presentación de la etapa de SIDA y retinitis por CMV de su ojo derecho varios meses después, a pesar de estar en tratamiento con valganciclovir a dosis de mantenimiento.

Palabras claves: retinitis, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), *citomegalovirus*.

Abstract

The CMV retinitis is the most frequent opportunistic eye infection in AIDS patients. Acute retinal necrosis usually corresponds to VZV or HSV infections, and only in a small cases is it secondary to CMV infection. The treatment (maintenance dose) with valganciclovir does not completely rule out the possibility of developing CMV disease, in addition to being associated with other opportunistic infections, in this case associated with herpes zoster and molluscum contagiosum. We present a Clinical Case of an HIV positive patient, without treatment, with acute retinal necrosis due to CMV of the left eye as an initial form of the presentation of the AIDS stage and CMV retinitis of his right eye several months later, despite being treated with valganciclovir at maintenance dose.

Keywords: retinitis, human immunodeficiency virus (HIV), *citomegalovirus*.

El citomegalovirus (CMV) es un virus ubicuo humano, y en la actualidad porta anticuerpos frente a este entre el 50 y el 85% de la población adulta norteamericana, tal seroprevalencia alcanza niveles del 90% en países en desarrollo y entre homosexuales¹.

Una vez sucedida la primoinfección, el citomegalovirus se establece latente en las células mieloides progenitoras, y la reactivación viral intermitente procedente de macrófagos activados o células dendríticas es controlado por una fuerte respuesta viral específica de células CD4 y CD8. La retinitis por citomegalovirus está caracterizada por una necrosis retinal como consecuencia de efectos citopáticos virales que ocurre en pacientes en quienes la función de células T está comprometida²⁻³.

Antes del advenimiento de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), la forma diseminada por CMV fue la infección oportunista más común en el SIDA, y la inflamación retinal fue su más importante manifestación, la cual ocurrió en el 40 % de los pacientes con SIDA¹⁻².

El diagnóstico de retinitis por citomegalovirus puede ser

confirmado por amplificación del ADN viral en muestras de humor acuoso. El tratamiento de la retinitis por citomegalovirus se basa en la actualidad en la reconstitución del sistema inmune con la terapia TARGA y combinado a una terapia anticitomegalovirus (ganciclovir, foscarnet, cidofovir y valganciclovir)⁴.

El 8% de los pacientes con SIDA desarrolla retinitis por CMV como primera manifestación y se ha encontrado que el 15% de los pacientes con retinopatía por CMV e infección VIH no tenía el diagnóstico de SIDA hasta que la infección ocular fue descubierta⁵.

El Desprendimiento de Retina (DR) es una complicación de la Retinitis por CMV, afecta al 50% de los pacientes, produciendo una amplia necrosis retiniana y formación de numerosos desgarros⁶.

Presentación del caso

Paciente masculino de 33 años de edad, con residencia en Oruro, Bolivia, con antecedentes de herpes zoster y desprendimiento de retina en el ojo izquierdo (OI), acude al servicio de Oftalmología, del Hospital Clínico Viedma, acompañado de su pareja, por disminución de la visión del OI de 3 días de evolución, de manera súbita. Antecedentes quirúrgicos y familiares no refiere.

Al examen oftalmológico, presenta una agudeza visual en ojo derecho (OD) 20/40, con corrección óptica llega a 20/25,

¹Oftalmólogo, Hospital Clínico Viedma, Docente Postgrado de la Fundación Boliviana de Oftalmología, Universidad Mayor de San Simón, Cochabamba, Bolivia

²Residente 2^{do} año de Oftalmología, Fundación Boliviana de Oftalmología, Universidad Mayor de San Simón, Cochabamba, Bolivia.

*Correspondencia a: Rolando Quispaya Quispe
Correo electrónico: quispaya@gmail.com

Recibido el 25 de agosto de 2019. Aceptado el 15 de octubre de 2019.



Figura 1: Necrosis retiniana del ojo derecho

en OI la agudeza visual es de percepción de luz, con buena proyección sin mejoría con corrección óptica.

A la biomicroscopía presenta en OD: células en cámara anterior, precipitados queráticos finos, en el OI segmento anterior normal sin alteración.

Al examen del fondo de ojo, bajo midriasis, presenta en el OD necrosis retiniana a temporal superior de la retina periférica (Figura 1), que no compromete mácula, en OI se evidencia desprendimiento de retina seroso extenso, con extensas áreas de necrosis retiniana, que compromete mácula y vitreitis.

Se sospecha patología de inmunodeficiencia, por lo que se indaga si el paciente es VIH seropositivo, este niega rotundamente. A las 2 horas, el paciente, mediante una llamada telefónica, confirma la portabilidad del VIH, el cual fue diagnosticado 6 meses antes de la consulta en la ciudad de Oruro, Bolivia, e indica, además que, no recibe tratamiento antirretroviral actual.

El paciente fue diagnosticado de Necrosis Retiniana Aguda en función de los hallazgos clínicos y laboratoriales (linfocitosis, serología para IgG: 1,7 (VN: < 0,9) IgM: 1,1 (VN: < 0,9), VIH 1 y 2; REACTIVO, el resto de pruebas de



Figura 2-A: (A y B) Proliferación vitreoretiniana del Ojo izquierdo

laboratorio fueron normales).

Se inicia tratamiento con Valganciclovir 900 mg, vía oral (VO) cada 12 horas durante dos semanas y posteriormente 450 mg, VO cada 12 horas, en vista de que el paciente no puede cubrir el tratamiento EV de primera línea (Ganciclovir) en Retinitis por CMV, además se inicia el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) y corticoides tópicos.

La evolución fue favorable durante los primeros 4 meses de tratamiento, evidenciándose en OD una zona de atrofia del epitelio pigmentado de la retina (EPR) periférica del área temporal inferior y en OI retina aplicada isquémica, con áreas de proliferación vitreoretiniana (Figura 2, A y B). Posterior al cual el paciente retorna por disminución de la visión en el OD, de dos días de evolución, siendo la AV en OD de cuenta dedos a 3 metros y en OI, No percepción de luz (NPL), a la biomicroscopía presenta en OD precipitados queráticos finos y células en cámara anterior de 2+. Al fondo de ojo se evidencia en OD desprendimiento de retina superior que compromete parcialmente mácula con múltiples desgarros pequeños y vitreitis, moderada (Figura 3) acompañado de áreas de necrosis retiniana periférica, en los 360° de la retina.

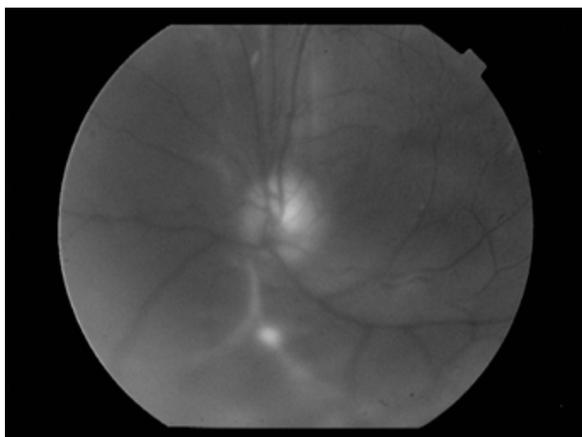


Figura 2-B: (A y B) Proliferación vitreoretiniana del Ojo izquierdo

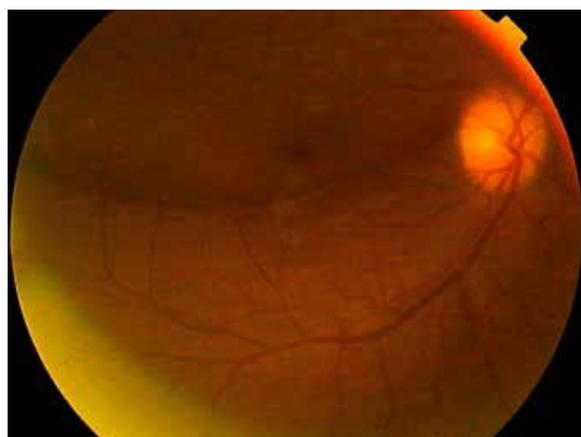


Figura 3: Desprendimiento de retina seroso con afección macular del ojo derecho

Los resultados de laboratorio destacan la serología para CMV: IgM: 2,5 (VN: < 0,9) y IgG: 2,0 (VN: < 0,9).

Se realiza tratamiento con prednisona 1mg/kg/día, con pauta de reducción progresiva durante 2 meses, valganciclovir 900 mg VO c/12 horas/2 semanas y posteriormente 450 mg VO c/12 horas. La evolución de los signos clínicos oftalmológicos es favorable pero no así la visión, el cual presenta en OD movimiento de manos y no percepción de luz en OI.

Discusión

Aunque es una enfermedad poco común, un pequeño porcentaje de los pacientes con SIDA desarrolla retinitis por CMV como primera manifestación y se ha encontrado que el 15% de los pacientes con retinopatía por CMV e infección VIH no tenía el diagnóstico de SIDA hasta que la infección ocular fue descubierta⁵.

La necrosis retiniana aguda se caracteriza por una uveítis granulomatosa anterior con vitritis y la aparición de uno o más focos de necrosis retiniana de espesor completo, de aspecto blanquecino asociados a periarteritis periférica que gradualmente coalescen y progresan. La agudeza visual empeora rápidamente y la vitreoretinopatía proliferativa es un hallazgo final frecuente. Aunque la expresión clínica del cuadro puede variar, el desprendimiento de retina es aún hoy día, en la era de los antivirales, relativamente frecuente, con una incidencia de entre el 20 y 39% de los ojos tratados

y suele ocurrir después de la tercera semana del inicio de los síntomas, aunque hay casos descritos hasta 5 meses después. Sin embargo, el pronóstico de esta devastadora enfermedad ha mejorado desde la descripción de los primeros casos en la década de los 70⁶.

Aunque en un principio el diagnóstico de la NRA era estrictamente clínico, la PCR ha demostrado ser una prueba útil en el diagnóstico. El análisis mediante PCR de humor acuoso puede ser especialmente útil y clínicamente importante en casos de uveítis posteriores de etiología desconocida⁷, lastimosamente en nuestro medio no es un examen accesible para todos los pacientes, sobre todo para los de escasos recursos, que solo cuentan con el Seguro Universal de Salud.

Presentamos el caso de un paciente VIH positivo conocido, pero sin tratamiento hasta el momento de su primera consulta por oftalmología, además que ya se encontraba en la etapa de SIDA por los cambios oculares que manifiesta, cuya forma inicial de presentación de la enfermedad es la necrosis retiniana aguda por CMV de ambos ojos, con desprendimiento de retina en OI, presentando una retinitis y desprendimiento de retina por CMV meses después en su ojo derecho, a pesar de estar en tratamiento con valganciclovir (dosis de mantenimiento), lo que además, no descarta completamente la posibilidad de desarrollo de la enfermedad, aún con dosis de mantenimiento para CMV⁸.

Referencias bibliográficas

- Omer Rodriguez, Mireya Benitez. Citomegalovirus: De la primoinfección a la Retinitis. Revista Cubana de Oftalmología. 2014. Vol. 27. N° 3
- Rodriguez Gonzales, Hernandez Obregon. Acute retinal necrosis as initial presentation of AIDS. ARCH. SOC. CANAR. OFTAL., 2015; 26: 92-96
- Jabs DA, Van Natta ML, Kempen JH, et al. Characteristics of patients with cytomegalovirus retinitis in the era of highly active antiretroviral therapy. Am J Ophthalmol 2002; 133: 48.
- Wong RW, Jumper JM, McDonald HR et al. Emerging concepts in the management of acute retinal necrosis. Br J Ophthalmol. 2013 May; 97(5): 545-52.
- Tobaru L, Morales L, Barriga G, Carbone Á, Cuéllar L, Gotuzzo E, Sánchez J, Campos P. Manifestaciones oftalmológicas en el SIDA. Rev Méd Hered. 2013 [citado 16 de mayo de 2014];4(2). Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/famed/revista/index.php/RMH/article/view/1452/0>
- The eye M. D. Association. American Academy of ophthalmology. United States of America, Intraocular Inflammation and Uveitis. Cap. 11. Ocular Involvement in AIDS, 2016. P. 293-301
- Tran THC, Rozenberg F, Cassoux N, et al. Polymerase chain reaction analysis of aqueous humour samples in necrotizing retinitis. Br J Ophthalmol. 2003; 87: 79-83.
- Masur H, Brooks JT, Benson CA, et al. Prevention and treatment of opportunistic infections in HIV-infected adults and adolescents: Updated Guidelines from the Centers for Disease Control and Prevention, National Institutes of Health, and HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2014 May; 58(9): 1308-11.