

# ARCHIVOS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OFTALMOLOGÍA

www.elsevier.es/oftalmo



## Comunicación corta

# Vasculitis retiniana por VIH

P. Drake-Casanova<sup>a,\*</sup>, J. Paz Moreno-Arrones<sup>b</sup>, M. Gorroño Echebarría<sup>c</sup>,  
I. Dapena-Sevilla<sup>b</sup>, J. Pareja-Esteban<sup>c</sup> y E. Vleming-Pinilla<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Licenciada en Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España.

<sup>b</sup>Licenciado en Medicina, Universidad de Alcalá de Henares, Madrid, España.

<sup>c</sup>Doctor en Medicina, Universidad de Alcalá de Henares, Madrid, España.

<sup>d</sup>Licenciado en Medicina, Universidad de Valladolid, Valladolid, España.

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 13 de junio de 2007

Aceptado el 25 de enero de 2010

Palabras clave:

Uveítis VIH

Infección VIH

Retinitis VIH

Sida

VIH

Keywords:

HIV uveitis

HIV infection

HIV retinitis

AIDS

HIV

### R E S U M E N

**Caso clínico:** Mujer de 47 años con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) de 5 años de evolución sin tratamiento que acude por miodesopsias. Se le halla un foco de vasculitis retiniana periférica en el ojo izquierdo (OI) confirmado angiográficamente. Se descarta otra patología infecciosa por parte de Medicina Interna y se inicia tratamiento antirretroviral y corticoideo sistémico, con resolución del foco de vasculitis.

**Discusión:** Entre un 70 y un 80% de los pacientes positivos para VIH sin tratamiento desarrollan complicaciones oculares, con inflamación intraocular en más de la mitad de ellos. La inflamación intraocular puede ser debida a infecciones oportunistas, neoplasias y, como en nuestro caso, secundarias al propio virus. En estos pacientes el tratamiento antirretroviral consigue la resolución del cuadro.

© 2007 Sociedad Española de Oftalmología. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### HIV retinal vasculitis

#### A B S T R A C T

**Case report:** We present a case of a 47 year-old woman, infected with human immunodeficiency virus (HIV) diagnosed 5 years ago without receiving any treatment, who had floaters in her left eye. A peripheral retinal vasculitis was discovered and confirmed by an angiography. No source of infection was found, antiretroviral and corticosteroid treatment was given, with a complete resolution of the vasculitis.

**Discussion:** From 70-80% of positive untreated HIV patients develop ocular complications, with intraocular inflammation in more than half of them. Intraocular inflammation can be associated with opportunistic infections, tumours and as in our case, secondary to the HIV. Antiretroviral therapy is the proper treatment in these patients.

© 2007 Sociedad Española de Oftalmología. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pilardrake@hotmail.com (P. Drake-Casanova).

## Introducción

La epidemia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) continúa siendo un problema social y económico mundial de gran importancia.

Las complicaciones oculares acontecen en un 70-80% de los pacientes que no siguen tratamiento antirretroviral y se encuentran en un estadio avanzado de la enfermedad. Más de la mitad están relacionadas con diversos grados de inflamación ocular<sup>1</sup>. La uveítis asociada al VIH en sujetos sin tratamiento antirretroviral y que generalmente presentan recuentos muy bajos de linfocitos CD4+ puede ser debida a infecciones oportunistas, neoplasias y, como en el caso clínico que presentamos, secundaria al propio VIH. Y en sujetos bajo tratamiento puede deberse también a toxicidad farmacológica (rifabutin y cidofovir), incluso a infecciones asociadas a VIH- (sarcoidosis, sífilis y tuberculosis), así como a la producida por recuperación inmunológica<sup>1,2</sup>.

## Caso clínico

Se presenta un caso de una mujer de 47 años que es remitida por miodesopsias en el ojo izquierdo.

Antecedentes personales: ex-adicta a drogas por vía parenteral, infectada por VIH, diagnosticada hace 5 años y con rechazo al tratamiento.

Exploración: la agudeza visual (AV) era de la unidad, el polo anterior y la presión intraocular normales. Funduscópicamente hallamos un foco aislado de vasculitis retiniana en la media periferia temporal inferior sin coroiditis, con leve vitritis asociada, confirmado angiográficamente (fig. 1). Remitimos el caso al Servicio de Medicina Interna que ingresó a la paciente para estudio, determinación de carga viral (45.000 copias/ml) y linfocitos CD4 (130). Se realizó un examen clínico minucioso y las pruebas complementarias necesarias para hallar la causa de la vasculitis en esta paciente con VIH. El hemograma, la coagulación, la bioquímica y el análisis de orina fueron normales, así como los hemocultivos y el cultivo de orina. El Mantoux y la serología de toxoplasma, herpes, RPR, FTA-ABS, VDRL, citomegalovirus (CMV), anticuerpos heterófilos fueron negativos. Marcadores tumorales, factor reumatoide, ANA, ANCAS, HLA A29, B51, DR2, DR3, DR4 y B52 también dentro de los parámetros nor-

males. Se realizaron pruebas de imagen (radiografía de tórax, tomografía axial computarizada [TAC] cerebral y abdominal) sin que se obtuvieran alteraciones. Tras descartar la patología infecciosa oportunista asociada, causas tumorales y autoinmunes, se decidió iniciar tratamiento antirretroviral, además de corticoides sistémicos en pauta descendente para el control de la inflamación ocular. La respuesta al tratamiento fue buena, con resolución del cuadro, por lo que fue dada de alta con el diagnóstico de vasculitis retiniana por VIH. Actualmente se encuentra asintomática y en tratamiento antirretroviral.

## Discusión

Las vasculitis retinianas pertenecen a un grupo de enfermedades infrecuentes que pueden aparecer de forma aislada (idiopática), o lo que es más frecuente, asociadas a otras enfermedades oculares o sistémicas. Por ello, la búsqueda de la etiología debe basarse en una historia meticulosa, exploración física y por sistemas, así como exámenes de laboratorio oportunos<sup>3</sup>. Dada la complejidad del paciente con VIH, el manejo debe hacerse de una manera exhaustiva, con una exploración ocular minuciosa, sabiendo que la lateralidad y gravedad de la inflamación nos pueden ser de gran ayuda para llegar al diagnóstico, así como la presencia de cualquier otro signo ocular característico<sup>1</sup>.

A la hora de hacer un correcto diagnóstico diferencial, lo primero que ha de tenerse en cuenta en pacientes como la que presentamos, con una enfermedad avanzada y con bajo recuento de linfocitos CD4+, como agentes causales de inflamación ocular, son las infecciones oportunistas. Hemos de saber que la causa más común de uveítis en pacientes con VIH es la *retinitis por CMV*<sup>1</sup>. La retinitis suele ocurrir cuando el recuento de linfocitos T CD4+ cae por debajo de 50 células/ $\mu$ L, y esto hace que la vitritis sea poco común y la inflamación anterior, leve<sup>1,2</sup>.

Otras infecciones oportunistas que afectan a estos pacientes con recuentos muy bajos de CD4 son la *uveítis y retinitis asociadas a los virus herpes simple y varicela zóster*, que afectan de manera rápidamente progresiva, y dan lugar a los cuadros de necrosis retiniana aguda (ARN) (más frecuente en inmunocompetentes) y necrosis retiniana externa progresiva (PORN) más relacionada con pacientes inmunodeprimidos<sup>4</sup>.

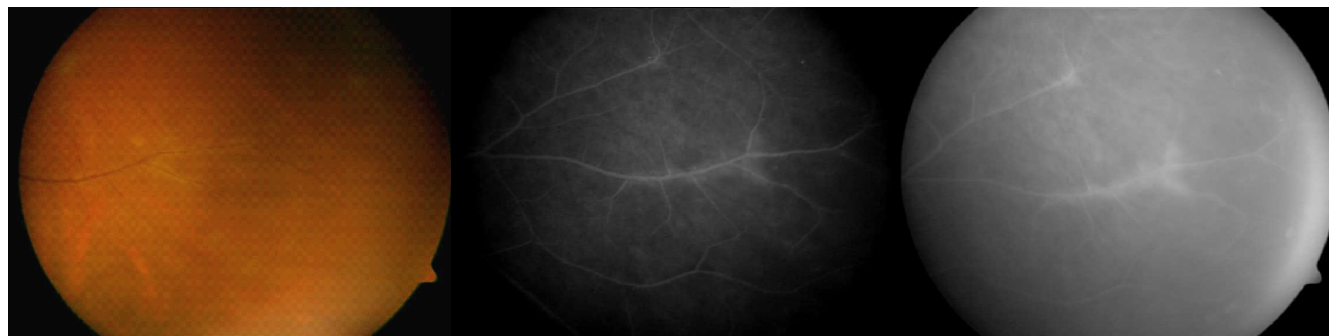


Figura 1 – Foco de vasculitis retiniana temporal inferior, confirmado angiográficamente.

Asimismo, la *retinocoroiditis toxoplásmica* afecta a un 1-3% de los pacientes con sida.

El linfoma ocular se ve aumentado en frecuencia en pacientes VIH+, se manifiesta con una intensa vitritis, retinitis o vasculitis retiniana que responde de manera transitoria o incompleta a los corticoides<sup>2</sup>.

Por último, debemos destacar la inflamación debida al propio virus, que puede ser anterior, intermedia o difusa y, como en nuestro caso clínico, en forma de vasculitis aislada. Aparece con recuentos bajos de CD4 y mejora con el tratamiento antirretroviral correcto<sup>1</sup>. También se ha descrito con frecuencia una alteración microvascular no infecciosa cuya incidencia aumenta conforme se deteriora la función inmune y que se asocia de manera importante con lesiones macrovasculares como las oclusiones venosas retinianas<sup>5</sup>.

En el caso clínico que presentamos, tras descartar la infección oportunista en primer lugar, se inició tratamiento corticoideo asociado al antirretroviral que necesitaba la paciente para el control de su patología de base. Otras causas de vasculitis autoinmunes o tumorales también fueron rechazadas, tanto por la exploración clínica como de laboratorio. Por tanto, concluimos que la causa del foco de vasculitis aislada que presentó nuestra paciente fue el VIH y que si bien mejoró con los corticoides, se resolvió por completo tras el tratamiento antirretroviral. No podría tratarse de una vasculitis idiopática, dado que la paciente era VIH+, y al no encontrarse otra causa que justificase el cuadro de inflamación vascular retiniana, el VIH era el agente causal más plau-

sible. Y existen pocos casos como este descritos en la literatura.

Hay que destacar la importancia del conocimiento de la patología ocular asociada al VIH para poder realizar un correcto diagnóstico, y mejorar así la función visual del paciente y tener en cuenta que gracias al desarrollo de la terapia antirretroviral altamente activa muchas de estas patologías han reducido su incidencia, morbilidad y mortalidad<sup>2</sup>.

---

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

---

### BIBLIOGRAFÍA

1. Cunningham E. Uveitis in HIV positive patients. *Br J Ophthalmol.* 2000;84:233-7.
2. Goldberg D, Smithen L, Angelilli A, Freeman W. HIV-associated retinopathy in the HAART era. *Retina.* 2005;25:633-49.
3. Walton RC, Ashmore ED. Retinal Vasculitis. *Curr Opin Ophthalmol.* 2003;14:413-9.
4. Gariano R, Berreen J, Cooney E. Progressive outer retinal necrosis and acute retinal necrosis in fellow eyes of patient with acquired immunodeficiency syndrome. *Am J Ophthalmol.* 2001;132:421-3.
5. Dunn J, Yamashita A, Kempen J, Jabs D. Retinal vascular occlusion in patients with human immunodeficiency virus. *Retina.* 2005;25:759-66.