

Dr. Martín Lescano¹
<https://orcid.org/0000-0001-7977-0128>
Dra. Pamela Plazarte²
<https://orcid.org/0009-0007-3954-109X>

¹ Médico internista del servicio de Medicina Interna, Hospital Eugenio Espejo, Quito

² Cirujano Plástico Hospital General Enrique Garcés Quito Ecuador.

Financiamiento: El presente trabajo se declara autofinanciado por los autores.

Conflicto de intereses: No se declara ningún conflicto de interés.

Consideraciones éticas: El presente artículo respeta las normas éticas y los reglamentos del CEISH. Se manejan datos retrospectivos sin intervención directa sobre seres humanos por lo que no requirió firma de consentimiento informado.

Correspondencia

Martín Alonso Lescano Ruiz martin.lescano544@gmail.com . telf:0992388884

Forma de citar este artículo:

Lescano M., Plazarte P., Hipopion como manifestación de Uveitis por Citomegalovirus en paciente con VIH De reciente diagnóstico. Reporte de Caso.

Rev Med Reflexiones 2024; 21: 47 - 50

HIPOPION COMO MANIFESTACIÓN DE UVEITIS POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTE CON VIH DE RECIENTE DIAGNÓSTICO REPORTE DE CASO.

Reporte de Caso

RESUMEN

La uveitis es una de las principales causas de ceguera a nivel mundial, siendo esta más prevalente en paciente con VIH o algún grado de inmunosupresión. Si bien la etiología es variada, la principal causa es la infección por citomegalovirus. La presentación clínica es heterogénea, y no es frecuente encontrar hipopion como su principal manifestación. No existen lineamientos bien establecidos para su tratamiento, y el mismo depende de la disponibilidad territorial de antimicrobianos. Presentamos a continuación el caso de un paciente tratado en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, sin antecedentes de importancia, quien acude por disminución de agudeza visual, y sensación de escozor de ojo izquierdo, con diagnóstico reciente de VIH, que debuta con uveitis por CMV, en quien se inició terapia antiviral con valganciclovir oral administrado dos veces al día como terapia de inducción, acorde a la disponibilidad institucional, con una adecuada respuesta terapéutica, con recuperación completa de la visión y sin reporte de complicaciones.

Palabras Clave: Reporte de caso, uveitis, citomegalovirus, Hipopion, VIH.

INTRODUCCIÓN

La uveitis es una de las principales causas de ceguera a nivel mundial (1), y tiende a presentarse más en pacientes con algún grado de inmunosupresión. La presentación clínica tiende a ser heterogénea, cursando con una sintomatología y hallazgos variados, siendo uno de los menos frecuentes el hipopion (1, 3). Pacientes con VIH presentan un mayor porcentaje de uveitis, y la etiología de esta es muy amplia, sin embargo, el principal agente causal, en este grupo de paciente es el citomegalovirus (CMV) (8). Si bien no existen lineamientos para el tratamiento de la uveitis por CMV, se recomiendan esquemas de antiviral (ganciclovir) tópico o intravítreo, o de valganciclovir oral (1). Este caso clínico sigue las directrices CARE (5).

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Un paciente de 43 años, heterosexual, sin antecedentes de importancia ni conductas sexuales de riesgo. Acude por un cuadro de dos meses de evolución de sensación de cuerpo extraño y disminución de la agudeza visual de ojo izquierdo.

A la exploración física no se encontraron datos de focalidad neurológica, no visceromegalias, no síndrome adenopático. Datos patológicos fueron encontrados en la exploración ocular en el ojo izquierdo, con agudeza visual de 20/70, hiperemia conjuntival, tensión ocular a la digitopresión levemente incrementada, y presencia de hipopion (**figura 1**).



Figura 1.- presencia de material purulento en cámara anterior de ojo izquierdo (flecha azul)

Un examen oftalmológico más profundo fue realizado, ojo derecho sin patología, con fondo de ojo normal, mientras que el ojo izquierdo a la biomicroscopia demostró hiperemia conjuntival, cornea clara e íntegra, no tiñe con fluoresceína, presencia de hipopion grado 1, pupila central reactiva, cristalino claro, fondo de ojo con signos de vitreítis.

Al ser la uveitis una patología más frecuente en pacientes con algún grado de inmunosupresión, más complementarios fueron realizados, no se encontraron citopenias, tampoco alteración en pruebas de función renal, hepáticas ni alteración en perfil proteico. Exámenes de imagen como una tomografía de encéfalo tampoco arrojaron resultados anormales, no se evidenciaron lesiones ocupantes de espacio. El estudio serológico en sangre para hepatitis B, hepatitis C, sífilis resultó negativo, pero si se obtuvo una prueba de cuarta generación para VIH reactiva.

Al tratarse entonces de un paciente con VIH de reciente diagnóstico, el abanico diagnóstico diferencial de su uveitis fue amplio. Se estudiaron simultáneamente muestras de sangre y líquido cefalorraquídeo para identificar una potencial infección oportunista.

El estudio de líquido cefalorraquídeo resultó normal, sin hiperproteinorraquia, hipogluorraquia o celularidad anormal, tinción gran y tinta china negativo, VDRL negativo y PCR (genxpert) para mycobacterium tuberculosis negativo, carga viral de citomegalovirus negativa.

El estudio en sangre descartó sífilis, hepatitis B y hepatitis C. Sin embargo, se identificó una carga viral para citomegalovirus de 1 936 copias. No se realizó conteo de CD4 por ausencia de reactivo en la institución, y se obtuvo una carga viral de VIH en sangre de 127 000 copias. Se realizó también un raspado corneal para cultivo, sin crecimiento bacteriano ni micótico.

Al tratarse así, de un paciente con VIH con uveitis por citomegalovirus, se inició tratamiento con Valganciclovir 900 miligramos por vía oral cada 12 horas por 21 días y posteriormente pasar a una dosis de mantenimiento de 450 miligramos vía oral cada 12 horas por 1 año, además de timolol y dorzolamida. La elección del antiviral oral se dio debido a que no se dispone en el país de ganciclovir tópico ni intra vítreo.

Durante la hospitalización, y tras el inicio del tratamiento, aproximadamente 5 días después, el paciente recupero su visión totalmente, con una nueva exploración con visión 20/20, y fondo de ojo con disco óptico de bordes definidos, rosado, vasos de trayecto y calibre conservado, así como resolución de hipopion (**figura 2**).



Figura 2.- resolución completa de hipopion de ojo izquierdo.

Posteriormente se decidió el egreso del paciente, para continuar manejo de manera ambulatoria, para considerar inicio de terapia antirretroviral.

PUNTO DE VISTA DEL PACIENTE

El paciente acudió por disminución de la agudeza visual de su ojo izquierdo acompañado de sensación de cuerpo extraño. Durante su hospitalización se le fueron informados sus diagnósticos, los cuales los tomó de manera adecuada. A lo largo de su estancia mostró notable mejoría, egresando asintomático y con expectativas optimistas sobre su diagnóstico y tratamiento.

DISCUSIÓN

La uveitis representa hasta el 10% de las causas de ceguera a nivel mundial (1). Si bien esta puede presentarse en pacientes inmunocompetentes, tiende a ser más frecuente en pacientes con virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), sobre todo con conteos de CD4 menores a 200 células/ml (4). Cabe recalcar que no se pudo realizar el conteo de CD4 en nuestro paciente por ausencia de reactivo en la institución.

En este grupo de pacientes, esta puede estar causada por la presencia misma del VIH, infecciones oportunistas, relacionada con el tratamiento, como en el síndrome de reconstitución inmune y secundaria al uso de terapia antirretroviral. (8). Siendo la infección por citomegalovirus (CMV) la patología intraocular que amenaza la vista más frecuente en este grupo de pacientes. (6, 7)

La presentación clínica de la uveitis incluye la hiperemia conjuntival, edema corneal, atrofia del iris, deformación pupilar, elevación de la presión intraocular con o sin glaucoma secundario y la presencia de hipopion (1).

El Hipopion, definido como la acumulación de pus en la cámara anterior del ojo secundario a un proceso inflamatorio importante de dicha cámara, constituye un hallazgo poco frecuente en pacientes que cursan con uveitis (7% aproximadamente), ya sea esta de causa inflamatoria, infecciosa o traumática. (3)

Dentro de las principales etiologías infecciosas que pueden provocar Hipopion. las infecciones micóticas oculares se encuentran a la cabeza, sin embargo, el hallazgo del mismo no es exclusiva a infecciones fúngicas, pudiendo presentarse en procesos infecciosos virales o bacterianos (2), como resultó en nuestro paciente, al presentar hipopion secundario a la uveitis por CMV, tras haber descartado patología bacteriana y micótica, y evidenciar carga viral clínicamente significativa.

La confirmación diagnóstica de la infección ocular por CMV puede realizarse mediante la detección del antígeno, la presencia de anticuerpos, y la identificación genómica mediante reacción en cadena de polimerasa (PCR), en muestras de sangre, líquido cefalorraquídeo y humor vítreo, siendo esta última la más específica. (4)

El tratamiento de la uveitis por CMV incluye la administración tópica de ganciclovir, la inyección intravítrea de ganciclovir y la administración oral de valganciclovir, junto con el manejo adecuado de la presión intraocular. La recurrencia de la uveitis por citomegalovirus es muy frecuente, sobre todo al suspender el manejo de mantenimiento, por lo que, en base a la mejor evidencia posible, se recomienda un mantenimiento de 6 meses para casos leves, y un esquema mayor, de 12 meses o incluso más para casos más severos (1).

Nuestro paciente cumplió el esquema oral de valganciclovir con favorables resultados, recuperando la agudeza visual y resolviendo el proceso inflamatorio (hipopion) de cámara anterior de ojo izquierdo. Esto acorde a la disponibilidad institucional de valganciclovir, siendo este la única de las tres opciones de tratamiento mencionada anteriormente, disponible en Ecuador, con adecuada respuesta clínica recuperando por completo agudeza visual, en un segundo tiempo se iniciará tratamiento anti viral.

CONCLUSIONES

La uveitis es la patología infecciosa asociada a riesgo de ceguera más frecuente, y su etiología más común es el CMV. La presentación es heterogénea, con pocos casos reportados de hipopion como manifestación más llamativa. El tratamiento puede ser tópico o sistémico, siendo, cualquiera, igualmente efectivo. En medios con recursos limitados, la decisión se basa en la disponibilidad regional. Nuestro paciente presentó una respuesta favorable al manejo sistémico, sin secuelas.

REFERENCIAS

1. Chiang W, Ping C. Cytomegalvirus Uveitis: Taiwan expert consensus.2023. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2023.03.014>
2. Gonzalez C, Bóveda J. Úlcera corneal con Hipopion en paciente diabético y bronquítico crónico. 2004
3. Zaidi A, Shung G. Hypopyon in Patients with Uveitis 2010. Doi: 10.1016/j.opht.2009.07.025
4. Arcos M, Arias J. Caso Clínico: Paciente VIH positivo con coroiderretinitis por Citomegalovirus. 2020. Rev Med HJCA 2020; 12(1): 63-67. DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2020.12.1.cc.09>
5. Riley D, Barber M. Care Explanation and Elaborations: Reporting Guidelines for case Reports, 2017. Doi: 0.1016/j.clinepi.2017.04.026
6. Valdes F, Fonseca C. Infección por citomegalovirus en pacientes VIH/sida. 2015.
7. Ferreira C, Ramires T. Cytomegalovirus retinitis as a sole manifestation of HIV infection. 2021. Doi: 10.7759/cureus.18642
8. Sudharshan S, Nair N. Human immunodeficiency virus and intraocular inflammation in the era of highly active anti-retroviral therapy – An update. 2020. Doi: 10.4103/ijo. IJO_1248_20