

## AIDS, HIV E O OLHO

**Dra. Cristina Muccioli, Dr. Cláudio Lottenberg, Dra. Mariza Toledo de Abreu, Dr. Myung K. Kim, Dr. Seiji Hayashi, Dr. Renato Neves, Dra. Janete Lima, Dra. Stella Olivalves, Dra. Renata Esteves, Dr. Procópio M. dos Santos, Dr. Rubens Belfort Jr.**

---

Grupo de AIDS Ocular - Departamento de Oftalmologia  
Escola Paulista de Medicina

Quando o primeiro trabalho foi escrito, descrevendo as manifestações oculares da AIDS, poucos puderam imaginar o impacto que causaria no mundo todo e na vida de bilhões de pessoas, matando centenas de milhares de pessoas e estabelecendo novo comportamento social.

Apesar de alguns programas de prevenção bem organizados e relativamente bem-sucedidos, a incidência ainda está aumentando rapidamente e todos os oftalmologistas precisam ter educação básica nesse assunto. A transmissão está mudando o seu caráter inicial, claramente associada com grupos de risco, e está agora afetando mulheres, recém-nascidos e heterossexuais com maior frequência.

Educação e prevenção ainda são as únicas medidas eficientes para evitar a morte, mas houve muita melhora em relação ao tratamento da infecção pelo HIV e das infecções oportunistas.

Campanhas de educação continuada provaram ser o método mais eficiente na prevenção da transmissão do HIV e, conseqüentemente novos casos, mas devido ao longo período assintomático vivido pelo paciente, certamente nós estamos olhando para a ponta de um iceberg.

Sem cura e sem uma maneira efetiva de imunizar a população, pelos próximos 10 a 20 anos, é razoável dizer que a epidemia vai persistir no mínimo por mais uma geração. Há ainda muito a fazer para a educação de clínicos e oftalmologistas.

Até que o vírus da AIDS seja vencido, a procura pela maior sobrevida, e melhor qualidade de vida e da visão ainda vão depender das terapias para as infecções secundárias.

Como conseqüência do desenvolvimento de drogas anti-HIV e da melhor compreensão e tratamento das infecções secundárias, as taxas de sobrevida melhoraram e a prevalência de 70% de envolvimento ocular é esperado num futuro próximo, com 50% dos casos necessitando de cuidados oftalmológicos.

“Não há paciente seguro.” Todos devem ser considerados potencialmente infectados.

A infecção pelo HIV deve ser suspeitada em casos crônicos de etiologia desconhecida e a sorologia específica deve ser solicitada. Exatamente como nós “pensávamos” em sífilis há algum tempo atrás, devemos “pensar” em HIV para cada paciente que examinamos, especialmente aqueles casos de etiologia desconhecida ou apresentação atípica.

O diagnóstico da infecção pelo HIV num dado paciente é essencial para interromper o ciclo da infecção, proteger a sociedade e introduzir o tratamento com drogas anti-retrovirais tais como AZT ou DDI.

A Organização Mundial da Saúde estimou em 40 milhões de pessoas infectadas até o final do século. Dez milhões terão AIDS e 90% dessas pessoas serão de países subdesenvolvidos, como sudeste da Ásia, Índia e América Latina. A AIDS está se tornando a doença do terceiro mundo e o alto custo de tratamento é freqüentemente impossível de ser pago mesmo em países ricos. No Brasil, um ano de tratamento para retinite por CMV, com Foscarnet, custa mais de US\$ 80.000; sendo US\$ 50.000 o custo da droga.

Freqüentemente, devem ser tomadas algumas decisões pelos familiares e equipe médica, sobre indicação, início e suspensão do tratamento. Essas decisões são influenciadas não somente pelos aspectos sociais e econômicos, mas também pelo risco/benefício do tratamento, qualidade e tempo de vida do paciente.

Problemas políticos devem ser considerados quando orçamentos restritos não permitem despesas adicionais para o tratamento de AIDS sem cortes dramáticos em programas importantes, como a prevenção de doenças materno-fetais.

A parte da sobrevida, a qualidade de vida é um fator importante a ser considerado. Cegueira é provavelmente o aspecto mais temido.

Uma seção de “HIV Ocular” foi organizada em 1991 no Departamento de Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina, em função do número de pacientes com AIDS ser tão grande que pacientes com outros tipos de uveíte não estavam mais tendo

acesso ao tratamento. Isto foi feito com o intuito de melhorar o tratamento oftalmológico e dar total atenção aos pacientes sem segregá-los. Pois com finalidades de enfermagem, todos os pacientes devem ser considerados potencialmente infectados e, portanto, de risco.

Os achados oculares mais freqüentes compreendem alterações microvasculares, infecções oportunistas, neoplasias e iatrogenias.

Quase todos os impactos da cegueira na AIDS são secundários a mais de 20 infecções oportunistas que afetam acima de 40% de todos os pacientes com AIDS e podem levar à cegueira mais de um terço desses pacientes.

Perda da visão sem dor, alteração do campo visual, bem como floaters, são queixas freqüentes e o exame fundoscópico pode revelar alterações que inicialmente podem estar presente somente na periferia da retina. Os pacientes podem permanecer assintomáticos até que importantes áreas retinianas sejam acometidas e ameacem o pólo posterior. Programas de triagem de pacientes para doenças oculares em clínicas de AIDS ainda não foram desenvolvidos e a educação de pacientes, seus parentes e a equipe de clínicos da equipe médica são importantes porque podem ajudar a identificar a maioria dos casos antes que ocorra a perda da visão.

Um dos problemas mais importantes que temos que solucionar é a detecção de pacientes de alto risco para desenvolver doenças oftalmológicas. Ensinar os pacientes a se auto-examinarem periodicamente é muito importante, mas não suficiente.

Atualmente a única maneira de se diagnosticar a retinite por CMV é pela oftalmoscopia binocular indireta periodicamente, basicamente impossível em ambulatório de clínica médica. Leva muito tempo, é muito caro e deve ser repetida mensalmente o resto da vida dos pacientes para permitir o diagnóstico e tratamento corretos. Em sociedades bem organizadas, exame oftalmológico freqüente com dilatação pupilar e oftalmoscopia indireta é realizado para pacientes com queixas visuais com baixo número de CD4+ circulantes, pois eles são de alto risco para desenvolver retinite por CMV.

Todos os estudos apontam a retinite por CMV como a principal causa de cegueira nesses pacientes, sendo seguida por infecções menos freqüentes causadas por diferentes organismos. Algumas dessas infecções estão presentes em todos os países (p.ex.: retinite por CMV) e outras tais como coroidite causada por *Pneumocystis carinii* são mais freqüentes em outras partes do mundo do que no Brasil. O oposto ocorre com toxoplasmose ocular e herpes zoster. Os testes laboratoriais não ajudam no diagnóstico, que freqüentemente é realizado em função da experiência da equipe médica e da observação das mudanças em função do tempo. Está sendo realizado um grande número de biópsias coriorretinianas e o conhecimento está sendo acumulado.

Quanto ao tratamento da retinite por CMV uma nova droga chamada Foscarnet mostrou recentemente, num estudo multicêntrico realizado nos EUA, ser melhor que o Ganciclovir (DHPG) para prolongar a vida dos pacientes por mais algumas semanas. Mas não provou ser melhor que o Ganciclovir no tratamento das retinites. O Ganciclovir é tóxico para a medula e em função disso pode levar à interrupção do tratamento com o AZT devido a mielotoxicidade. Foscarnet é muito mais caro e tem outras limitações já que causa falência renal. Porque nenhuma dessas drogas realmente mata o vírus, elas devem ser usadas continuamente pelo resto da vida dos pacientes.

No seguimento anterior, a AIDS pode levar às alterações variadas como blefarite branda a severa, meibomite, olho seco, conjuntivite bacteriana, moluscum contagiosum, herpes simples ou zoster, úlcera corneana bacteriana ou micótica com placa e sarcoma de Kaposi conjuntival e palpebral. Como achados pouco comum podemos ter criptococose conjuntival e citomegalovírus conjuntival. Os achados do segmento anterior, embora menos comuns do que as alterações retinianas, podem ser igualmente problemáticos.

A ceratite por *microsporidium* também pode ocorrer em aidéticos, sendo no entanto rara. Já foi descrita nos EUA e Porto Rico, sendo provável sua ocorrência no Brasil. No entanto, não foi ainda descrita entre nós. Os sintomas são de visão borrada, irritação, vermelhidão ocular e queimação. A visão pode ser normal ou bastante diminuída. Pode haver olho seco e rinorréia. A biomicroscopia mostra quadro bilateral de ceratite difusa intra-epitelial com pontos branco-acinzentados. O laboratório mostra os organismos no Gram, mas é necessário microscopia eletrônica para a certeza. Não há tratamento efetivo. Recentemente, foi descrito possível ação benéfica de metronidazol tópico e de fumagilina, um agente conhecido para tratar microsporidiose em abelhas e salmões.

Hayashi, Scarpi e colaboradores encontraram, em 1992, a porcentagem de 83% de *Chlamydia trachomatis* em conjuntiva de pacientes HIV positivos, em estudo realizado na Escola Paulista de Medicina. Este fato, pode mostrar-se muito importante na epidemiologia da AIDS e da infecção por Chlamydia.

A transmissão no ambiente oftalmológico típico é mínima ou provavelmente zero se as determinações universais forem seguidas. O primeiro conceito a ser seguido é o que todo paciente pode ser HIV positivo e as precauções universais tem de ser sempre seguidas. A melhor maneira de controlar a disseminação da infecção pelo HIV de médicos para pacientes e de pacientes para médicos é por em prática as medidas rígidas de controle. As precauções universais devem ser sempre seguidas para proteção da equipe médica e de outros pacientes.

As precauções universais são as seguintes: lavar as mãos antes e após o uso de luvas, após exame de pacientes ou após exposição a secreções ou sangue, urina, fezes, liquor. Usar luvas

toda vez que possa ocorrer o contato direto com materiais biológicos ou com instrumentos contaminados. Não é necessário uso de luvas para medir temperatura, pressão ou durante exame clínico de rotina, inclusive ocular. Usar avental sempre que possa ocorrer o contato dos materiais biológicos potencialmente infectantes com a roupa e a pele dos profissionais. O uso de máscara está indicado para proteger as mucosas (oral ou nasal) do respingamento de materiais infectantes. Os protetores oculares são preconizados para proteção das mucosas oculares do respingamento de materiais infectantes.

Utilizar caixas duras, resistentes à perfuração, para colocação de todos objetos cortantes ou perfurantes (principalmente seringas e agulhas) a serem descartados.

O impacto causado pela pandemia afeta também o banco de olhos. Desde que o HIV foi encontrado na lágrima e tecidos oculares, todos os doadores de córnea devem ser triados para os fatores de risco para HIV, bem como testados para presença de anticorpos contra HIV. É importante lembrar que não há nenhum caso confirmado de transmissão por transplante de córnea mesmo em casos onde os doadores estavam infectados e receptores de outros órgãos foram infectados.

O valor da sorologia é limitado, pois o doador pode estar infectado e ser infectante por muitos meses antes que surjam

anticorpos e os testes laboratoriais atuais possam detectar a situação. A utilização de PCR para detecção de partículas virais vai melhorar a sensibilidade e especificidade dos testes, com valor preditivo adequado.

Regras para esterilização dos tonômetros incluem limpeza mecânica com algodão, seguida de imersão em álcool 70% após cada medida. Lentes de contato devem ser submetidas a esterilização por calor ou peróxido de hidrogênio. Os métodos químicos disponíveis no mercado não são efetivos para esse objetivo.

A iatrogenia, inclusive ocular, é cada vez mais freqüente, registrando-se depósitos retinianos por DDI, maior predisposição ao desenvolvimento de Stevens-Johnson e síndromes cicatrizes, algumas frustras, deixando seqüelas oculares difíceis de diferenciar se o médico não estiver preparado para incluí-las no diagnóstico diferencial.

O quadro ocular em AIDS continua se ampliando, mas felizmente, um número grande de novos medicamentos já surgiu ou está para ser lançado (como por exemplo a pró-droga do aciclovir, novos antibióticos e antimicóticos).

A luta contra a AIDS durará pelo menos trinta anos e todos os médicos precisam estar conscientes de seus diferentes aspectos. Os centros universitários devem estar preparados para exercer seu papel junto à sociedade.