

Uveitis anterior por Rifabutina

S. Alarcón¹
O. Martínez²
A. Matheu²
M. Castilla²

¹Hospital Mútua de Terrassa
²Hospital de l'Esperança i Hospital del Mar

Resumen

Presentamos el caso de un paciente HIV + en tratamiento con Rifabutina por una infección por *Mycobacterium Avium Complex*, que presentó una uveitis anterior con hipopion. La Rifabutina puede desencadenar la aparición de uveitis anteriores. Describimos cuales son las características clínicas de este cuadro y cual es su tratamiento.

Resum

Presentem el cas d'un pacient HIV + en tractament amb Rifabutina per a una infecció per *Mycobacterium Avium Complex* i que va presentar una uveitis anterior amb hipopi. És conegut que la Rifabutina pot desencadenar l'aparició de uveitis anteriors. Describem les característiques d'aquest quadre clínic i el seu tractament.

Summary

We report a case of an HIV + patient receiving Rifabutine for a *Mycobacterium Avium Complex* infection presenting an anterior uveitis with hipopion. It is known that Rifabutine can occasionally induce an anterior uveitis. We report the clinical characteristics and treatment of this complication.

La Rifabutina se utiliza para el tratamiento y profilaxis de la infección por *Mycobacterium Avium Complex* (MAC). La infección por *Mycobacterias atípicas* afecta aproximadamente un 30-50% de pacientes diagnosticados de SIDA (característicamente con $CD4 < 100/mm^3$). La dosis recomendada es de 600 mg/día y de forma profiláctica de 300mg/día^{1,2}. La incidencia de uveitis anterior asociada a la administración de Rifabutina podría estar alrededor del 1 al 2% de los pacientes¹.

Se desconoce cual es exactamente el mecanismo causal de la uveitis anterior causada por Rifabutina. Al principio se creyó que era un efecto dosis-dependiente, pero actualmente se sabe que incluso puede aparecer en pacientes tratados con la dosis mínima efectiva. Es importante tener en cuenta el estado de funcionalidad hepática del paciente, así como los fármacos que pueden interferir con la eliminación de la Rifabutina (Fluconazol y Claritromicina). Podría

tratarse de una reacción tóxica de la Rifabutina³⁻⁶. Sea cual sea, se ha establecido una relación entre la administración de Rifabutina y la aparición de una uveitis.

La uveitis por Rifabutina es característicamente anterior y con hipopion, uni o bilateral. Puede aparecer desde la segunda semana hasta el séptimo mes tras iniciar el tratamiento^{1,3,7}. Incluso con 300 mg/día⁴⁻⁶.

La sintomatología va desde el dolor ocular leve a intenso con ojo rojo y disminución de agudeza visual. Puede tratarse de una uveitis anterior y también puede haber vitritis^{3-6,8}. En el caso de que se trate de una uveitis anterior, la celularidad en cámara anterior es marcada, con células de color blanquecino, puede formarse una membrana de fibrina.

Para el diagnóstico es necesario realizar un estudio básico de uveitis y descartar causa infecciosa⁹. Debemos establecer una relación de causalidad entre

Correspondencia:
Sílvia Alarcón i Portabella
C/Cerdeña, 541-543, 8º 2ª
08024 Barcelona

la Rifabutina y la aparición de la uveitis en cuanto a cronología, ausencia de otros desencadenantes y la desaparición del cuadro al retirar el tratamiento.

El tratamiento en todos los casos es tópico, con colirio de corticoides, cicloplejia y midriasis. No es imprescindible suspender la Rifabutina para que desaparezca la uveitis, a pesar de que si continuamos con la administración de la Rifabutina, las recurrencias son frecuentes.

Presentamos el caso de un paciente de 29 años que consulta por presentar ojo rojo derecho doloroso de 24h de evolución. Entre sus antecedentes patológicos destaca el diagnóstico de la infección por HIV dos años antes. Sus últimos CD4 eran de $5/\text{mm}^3$ y realizaba tratamiento con Didanosina, Indinavir, 3TC y D4T como antiretrovirales y con Dapsona y Trime-tropim-Sulfametoxazol para la profilaxis de la neumonía por *Pneumocistis Carinii*, Fluconazol por una candidiasis esofágica y finalmente Rifabutina 300mg/día, Claritromicina 500mg/12h y Etambutol 800mg/día para tratamiento del MAC desde hacía un año.

La exploración oftalmológica a su llegada a urgencias revela una Agudeza Visual (AV) en el OD de movimiento de manos y en OI de 8/10 con una hiperemia mixta y celularidad muy importante en cámara anterior con hipopion de 1mm y membrana de fibrina. El cuadro clínico se orienta como una uveitis anterior no infecciosa y se inyecta 0.1ml de rtPA en cámara anterior e instaurando tratamiento tópico con prednisona al 1% 1gota/hora y ciclopentolato 1gota/8h.

A las 48h del diagnóstico observamos AV OD de cuenta dedos a 20cm y OI de 7/10 con menor celularidad en cámara anterior y desaparición de la membrana de fibrina pero se observan células en la cavidad vítrea (Figura 1 y 2). Asimismo hay células en cámara anterior en el OI. La exploración del fondo de ojo resulta normal.

Se decide continuar con el tratamiento con corticosteroides en ambos ojos y no retirar el tratamiento con Rifabutina en espera de la respuesta terapéutica.

A los cuatro días del inicio del cuadro la AV OD es de 3/10 con desaparición del hipopion y mejoría de la inflamación en cámara anterior. La AV mejora progresivamente al igual que la celularidad en cámara anterior de los dos ojos y a las dos semanas se decide retirar el tratamiento tópico con una AV de 7/10 en el OD y de 8/10 en el OI.

Dos meses después aparece un nuevo brote de uveitis anterior en su OD, motivo por el que se decide, de acuerdo con los infectólogos, retirar el tratamiento

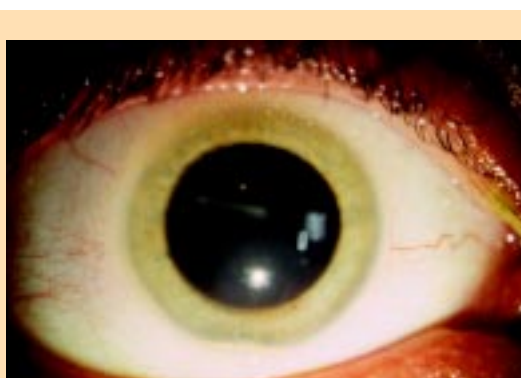


Figura 1.
Uveitis anterior
con hipopion

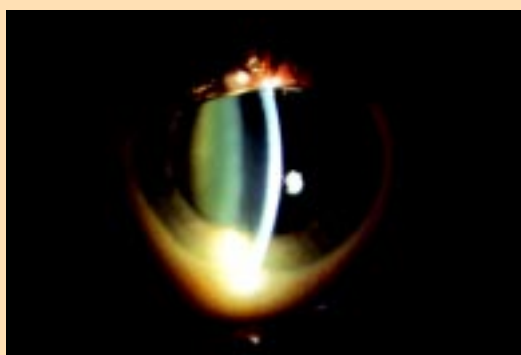


Figura 2.
Celularidad marcada
en cámara anterior

con Rifabutina. Desde entonces, no ha habido más brotes de uveitis anteriores.

La aparición de una uveitis anterior y/o posterior con hipopion, en un paciente sin antecedente traumático o quirúrgico, debe hacernos pensar en una endoftalmitis endógena de origen infeccioso. Es importante la realización de una historia clínica completa. Las uveitis anteriores de forma aislada no son frecuentes en pacientes HIV+, si en cambio que lo son las posteriores.

En el caso de que se trate de un paciente que toma Rifabutina, si aparece una uveitis, debemos relacionarla de entrada con este fármaco. Si la uveitis es severa o no hay respuesta al tratamiento, se debería interrumpir el tratamiento con Rifabutina.

Bibliografía

1. Havlir D, Torriani F, Dubé M. Uveitis associated with Rifabutin prophylaxis. *Ann Intern Med* 1994;121: 510-2.

2. Nichols CW. Mycobacterium Avium Complex infection, Rifabutin, and uveitis-Is there a connection?. *Clin Infect Dis* 1996;22(Suppl 1):S43-S49.
3. Saran BR, Maguire AM, Nichols C, Frank I, Hertle RW, Brucker AJ, Goldman S, Brown M, Van Uitert B. Hypopyon uveitis in patients with acquired immunodeficiency syndrome treated for systemic Mycobacterium Avium Complex infection with Rifabutin. *Arch Ophthalmol* 1994;112:1159-65.
4. Karbassi M, Nikou S. Acute uveitis in patients with acquired immunodeficiency syndrome receiving prophylactic Rifabutin. *Arch Ophthalmol* 1995;113:699-701.
5. Lefort A, Launay O, Carbon C. Uveitis associated with Rifabutin prophylaxis and Itraconazole therapy. *Ann Intern Med* 1996;25(11):939-40.
6. Rifai A, Peyman GA, Daun M, Wafapoor H. Rifabutin-associated uveitis during prophylaxis for Mycobacterium Avium Complex infection. *Arch Ophthalmol* 1995;113:707.
7. Jacobs DS, Piliro PJ, Kuperwaser MG, Smith JA, Harris SD, Flanigan TP, Goldberg JH, Ives DV. Acute uveitis associated with Rifabutin use in patients with human immunodeficiency virus infection. *Am J Ophthalmol* 1994;118:716-22.
8. Arevalo JF, Russack V, Freeman WR. New ophthalmic manifestations of presumed Rifabutin-related uveitis. *Ophthalmic Surg Lasers* 1997;28(4):321-4.
9. Kunin CM. Antimicrobial activity of Rifabutin. *Clin Infect Dis* 1996;22(Suppl 1):S3-S14.