

**INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MÉDICAS
“DR. SERAFÍN RUIZ DE ZÁRATE RUIZ”
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

**ALTERACIONES OCULARES EN PACIENTES CON VIH/SIDA
DEL MUNICIPIO DE SANTA CLARA.**

Por:

Dra. Iris Illana Fonseca¹, Dr. Juniet Aguiar Castillo² y Dr. Norge Mercochini Machado³

1. Especialista de I Grado en Oftalmología. Hospital Pediátrico Universitario “José Luis Miranda”. Asistente. ISCM-VC.
2. Residente de segundo año de MGI. Policlínico “Marta Abreu”. Santa Clara, Villa Clara.
3. Especialista en MGI. Policlínico “XX Aniversario”. Santa Clara, Villa Clara.

Resumen

El presente trabajo se realizó con el objetivo de investigar las alteraciones oculares en pacientes con VIH/SIDA en el municipio de Santa Clara. De un total de 126 enfermos se estudiaron 78, que representaron 61,9 % del total. Se obtuvo información sobre la agudeza visual y las estructuras anatómicas afectadas; los párpados y la retina fueron los de mayor incidencia y las enfermedades oculares más comúnmente encontradas fueron las microangiopatías retiniana y conjuntival. A su vez, se observó que existió una relación entre los niveles de linfocitos CD₄ y la mayoría de las afecciones oculares, no así en el herpes zoster, que manifestó una incidencia inversa. El molusco contagioso y la tricomegalia se encontraron en pacientes con pronóstico sombrío.

Descriptor DeCS:

TRASTORNOS DE LA VISION
VIH
SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA
ADQUIRIDA

Subject headings:

VISION DISORDERS
HIV
ADQUIRED IMMUNODEFICIENCY
SYNDROME

Introducción

El grupo de trabajo integrado por la OMS, OPS, y ONU/SIDA, calcula en América latina cerca de 2,3 millones de personas infectadas con VIH, 360 000 en el caribe y cerca de un millón en América del Norte¹.

En Cuba se informa hasta el año 2000 un total de 889 casos acumulados, con 578 defunciones, que constituye la tasa más baja². Cuba es el único país en el mundo que tiene un programa de atención al SIDA, el cual comenzó en el año 1986 y minimizó la magnitud del problema en el país, pues se consideró la enfermedad como un problema de salud pública.

McEvoy comparó la situación que enfrentan muchos otros enfermos de SIDA en otros países, donde se encuentran apartados de la sociedad y hasta son escondidos; con la eficacia del programa cubano, dijo, es posible tener un control riguroso de los pacientes².

El Ministerio de Salud Pública, junto a los institutos de investigaciones afines, tales como: Ingeniería Genética, Biotecnología, Inmunoensayo, Instituto Finlay y el Instituto de Medicina Tropical, desarrollan un programa para la calificación de los médicos, enfermeras y personal de la

salud en general, para su trabajo en nuestro país, y los que prestan colaboración médica en Centroamérica, Haití y África.

Numerosos trabajos contemplan tratamientos que van, desde el estudio de compuestos de origen natural hasta la búsqueda de la vacuna recombinante contra el SIDA³.

Un elevado número de investigaciones informan acerca de las manifestaciones cutáneas^{4,5}, transmisión materno-infantil⁶, pesquisaje de tuberculosis en pacientes con VIH⁷, manifestaciones cardíacas⁸ y muchas otras posibilidades investigativas, que han sido tratadas en nuestras publicaciones, pero a pesar de los esfuerzos de nuestra búsqueda, nos ha sido imposible encontrar algunas relacionadas con las alteraciones oftálmicas en enfermos de SIDA.

Por ello, sentimos la motivación de emprender un estudio en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA en el municipio de Santa Clara, y para ello nos propusimos: analizar las alteraciones de la agudeza visual, identificar las alteraciones oftálmicas más frecuentes según estructuras anatómicas y funcionales dañadas, e interrelacionar las alteraciones oculares con los niveles de linfocitos CD₄.

Métodos

Se realizó un estudio prospectivo descriptivo de 78 pacientes con VIH del municipio Santa Clara, de un total de 126 enfermos de VIH/SIDA. Estos pacientes pueden escoger entre el ingreso voluntario en el Sanatorio o el seguimiento ambulatorio en su área de salud, y solo en los casos más graves, ser ingresados en un centro hospitalario.

Se escogió una muestra de 78 pacientes, que representan 61,9 % de la totalidad de los tratados y monitorizados en la modalidad ambulatoria, que tienen un seguimiento en el área de salud del Policlínico "XX Aniversario", de los ingresados en el Sanatorio y en la sala destinada a estos pacientes en el Hospital "Celestino Hernández Robau". Se les realizó un chequeo oftalmológico, que se basó en la confección de la Historia Clínica Oftalmológica completa, la cual consta de:

1. Interrogatorio: datos generales, síntomas, edad, tiempo de evolución, valores de linfocitos CD₄ y antecedentes de enfermedades oportunistas.
2. Examen subjetivo ocular: agudeza visual, campo visual por confrontación, visión de colores y test de Ishihara.
3. Examen objetivo de: anexos oculares con luz natural y artificial, segmento anterior con iluminación oblicua y lámpara de hendidura; medios transparentes con oftalmoscopia a distancia y directa.
4. Examen de la musculatura extrínseca ocular y tensión ocular digital.

Se confeccionó una base de datos, y se realizó un análisis de los mismos. Se utilizó el método estadístico porcentual.

Resultados

Al analizar la agudeza visual, se ubicaron en primer lugar 63 pacientes con visión 20/20. El segundo lugar correspondió a ocho pacientes con visión 20/30, y en tercer lugar tres pacientes con visión 20/40. En cuarto lugar, se encontraron dos pacientes, la visión 20/50, así como la percepción luminosa se presentaron en un paciente respectivamente.

Tabla 1 Alteraciones en la visión de uno o ambos ojos.

Visión	Pacientes	Por ciento
20/20	63	80,7
20/30	8	10,2
20/40	3	3,8
20/200	2	2,5
20/50	1	1,2
Percepción luminosa	1	1,2
TOTAL	78	100

Fuente: Base de datos, junio de 2004.

Al analizar las alteraciones en anejos y segmento anterior, la más frecuente fue la microangiopatía conjuntival en ocho pacientes para 10,2 %; en segundo lugar, los moluscos contagiosos y los angiomas palpebrales en cuatro pacientes respectivamente, para 5,1 %. El tercer lugar lo ocupó el herpes zoster con tres pacientes para 3,8 %; el resto de los hallazgos entre uno y dos pacientes se muestran en la tabla 2.

Tabla 2 Alteraciones en anexos y segmento anterior.

Enfermedades	Pacientes	%
Microangiopatía conjuntival	8	10,2
Blefaritis	3	3,8
Angioma	4	5,1
Calacio	1	1,2
Herpes zoster	3	3,8
Molusco contagioso	4	5,1
Tricomegalia	1	1,2
Queratitis por ojo seco	2	2,5
TOTAL	29	37,1

Fuente: Base de datos, junio de 2004.

Entre otras enfermedades (tabla 3), se halló la microangiopatía retiniana en 10 pacientes, dos alteraciones neurooftalmológicas (una parálisis facial periférica y una exotropía), y un paciente con hipertensión ocular por posible protrusión del iris.

Tabla 3 Otras alteraciones oculares.

Enfermedades	Pacientes
Microangiopatía retiniana	10
Enfermedades neurooftalmológicas	2
Hipertensión ocular y uveítis	1
TOTAL	13

Fuente: Base de datos, junio de 2004.

Al relacionar la frecuencia de las alteraciones oftálmicas con los niveles de linfocitos CD₄, encontramos que las afecciones más frecuentes, o que aumentaron su frecuencia a medida que se deteriora el sistema inmunitario, fueron la microangiopatía retiniana y la conjuntival, el angioma palpebral (posible sarcoma de Kaposi), la tricomegalia, el molusco contagioso y la blefaritis. La relación en el herpes zoster fue inversa (tabla 4).

Tabla 4 Relación entre alteraciones oculares y los niveles de linfocitos CD₄.

Alteraciones	Nivel de CD ₄		Total
	Más de 200	Menos de 200	
Microangiopatía retiniana	2	8	10
Microangiopatía conjuntival	3	4	7
Angioma palpebral (posible sarcoma de Kaposi)	1	3	4
Herpes zoster	3	0	3
Tricomegalia	0	1	1
Molusco contagioso	1	3	4
Ojo seco	1	1	2
Hipertensión ocular y uveítis	1	0	1
Calacio	1	0	1
Alteraciones neurooftalmológicas	1	1	2
Blefaritis	1	2	3
TOTAL	21	20	41

Fuente: Bases de datos, junio de 2004.

Discusión

De un total de 126 pacientes portadores de VIH/SIDA del municipio de Santa Clara, fueron estudiados 78, que representaron 61 %; la bibliografía señala cifras variables: desde 15,8 % hasta 71 %^{9,10}. La agudeza visual estuvo afectada directamente por la enfermedad en seis pacientes: tres por lesiones retinianas, dos por miopía progresiva que aumentó en los últimos años de la enfermedad, y un paciente al que se diagnosticó hipertensión ocular secundaria, con cierre angular y catarata patológica en el ojo izquierdo. No encontramos pacientes ciegos, ni retinopatía por citomegalovirus, que la bibliografía señala como la primera causa de ceguera en pacientes con VIH/SIDA⁴.

Las alteraciones oculares más frecuentes fueron la microangiopatía retiniana y la conjuntival, con 10 y 7 pacientes respectivamente, lo que coincide con lo informado por diversos autores¹¹.

Le continúa, en orden de frecuencia, el angioma palpebral, el cual es considerado como posible sarcoma de Kaposi¹², y el molusco contagioso, que según la bibliografía es más numeroso a medida que disminuyen las cifras de linfocitos CD₄¹³.

El herpes zoster se presentó en tres enfermos, el cual puede ser una forma de presentación del SIDA, y debe sospecharse en pacientes menores de 45 años que no tengan causas obvias de inmunodeficiencia transitoria¹³.

Le sigue, según la frecuencia, el ojo seco –algunos autores refieren que su diagnóstico es menor por no sospechar su presencia¹⁴–, y las alteraciones neurooftalmológicas, que se manifiestan por una exotropía hexanóptica y una parálisis facial periférica; diversos autores señalan que la infección por VIH se acompaña de afectaciones neurológicas, incluidos los nervios periféricos y el oftálmico¹⁵.

Aunque con menor frecuencia, resultó interesante el hallazgo de tricomegalia y un glaucoma secundario por protrusión del iris.

Al relacionar la frecuencia de las alteraciones oftálmicas con los niveles de linfocitos CD₄, hallamos que las afecciones que aumentaban en frecuencia a medida que se deterioraba el sistema inmunitario fueron: las microangiopatías retiniana y conjuntival, el angioma palpebral, el molusco contagioso y la tricomegalia. El herpes zoster se presentó con cifras elevadas de linfocitos CD₄; en la bibliografía consultada encontramos resultados similares¹⁶.

Summary

This work was carried out to investigate eye disorders in HIV/AIDS patients in Santa Clara municipality. From a total of 126 patients, 78 were studied that represents 61.9%. Information on visual acuity and affected anatomical structures was gathered; eyelids and the retina had the higher incidence, and the most frequently found eye diseases were retinal and conjunctival microangiopathies. At the same time, a relation was found between lymphocyte CD4 count and most of eye disorders, but it was not the case with herpes zoster that had an inverse incidence. Molluscum contagiosum and trichomegaly were found in patients with dark prognosis.

Referencias bibliográficas

1. Torres Peña R, Lantero Abréu MI. Acerca del programa de prevención y control de la infección por VIH/SIDA en Cuba. Resumed. 2000;12(2):76-9.
2. Actualización sobre la vigilancia del VIH/SIDA en las Américas. Bol Mundial Epidemiol OPS. 2000;21(3):10-1.
3. Ruiz Gutiérrez N. Las lecitinas en la investigación del SIDA. Rev CENIC Ciencias Biológicas. 2001;32(1):15-8.
4. Blanco González OA. Psoriasis y SIDA: reporte de 2 casos. Rev Cubana Med Trop. 2000;52(2):148-9.
5. Díaz Torres HM, Ribas Antúnez MA, Lubián Cabalero, Joanes Fiol J, Ricardo Fonseca ME. Antiginemia p24: correlación con algunos aspectos clínicos y epidemiológicos en 100 individuos cubanos infectados por VIH 1. Rev Cubana Med Trop. 2001;53(3):147-4.
6. González Núñez I. La transmisión materno-infantil del VIH/SIDA en Cuba. Rev Cubana Med Trop. 2000;52(3):220-4.
7. Salle Castellanos MB. Pesquisaje de TB pulmonar en pacientes con VIH/SIDA. Rev Cubana Enfermer. 2000;16(2):96-100.
8. Góngora Beauchi RA, Aguilar Romero R, Castro Sansares C, Guerrero Flores A, Yza Villanueva R, Fernández González A, et al. Manifestaciones cardiacas en pacientes con la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Rev Biomed. 2000;12 (4):232-5.
9. Miyamoto C, Yashiro S, Nagata Y, Nagataki S. Ocular complications in patients infected with human immunodeficiency virus seen at the acquired immunodeficiency syndrome clinical. Nippon Ganka Gakkai Zasshi. 2001;105(7):483-7.
10. Sout MA, Saod AJ, Haque AK, Campbell GA, Franguss GT. Ocular pathology in acquired immunodeficiency syndrome. Comp Finer Summer. 2002;28(2):155-9.
11. Merezo JL, Díaz López M. Grupo multidisciplinario para el estudio de las uveítis y enfermedades infecciosas: Causas, tratamiento y prevención de la ceguera en el SIDA: la retinitis por CMV. Barcelona: Sociedad Española de oftalmología: 1995.
12. Hasche H, Eck M, Lieb W. Immunochemical demonstration of human herpes virus 8 in conjunctival Kaposi's sarcoma. Ophthalmologe. 2003;100(2):142-4.
13. Santana Gómez JA. Manifestaciones dermatológicas en pacientes con SIDA. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000;16(3): 277-80.
14. McArthur CP, África CW, Castellani WJ, Luangjamekorn NJ, McLaughlin M, Subtil-DeOliveira A, Cobb C, Howard P, Gustafson S, Palmer D, Miranda RN. Salivary gland disease in HIV/AIDS and primary Sjogren's syndrome: analysis of collagen I distribution and histopathology in American and African patients. J Oral Pathol Med. 2003;32(9):544-51.
15. Casanova-Sotolongo P, Casanova-Carrillo P, Casanova-Carrillo C. Diseases of the peripheral and visual nervous system during infection with human immunodeficiency virus. Rev Neurol. 2003;37(5):481-5.
16. Gatell Artigas JM, Miro Meda JM, Graus Ribas F. Infecciones por retrovirus humanos: SIDA cuadro clínico de la infección por HIV 1 y del SIDA En: Farreras Valenti P. Medicina interna vol. 2. 14 ed. Madrid: Harcourt; 1996. p. 2530-6.