



11234  
36  
Leje

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**HOSPITAL OFTALMOLÓGICO DE "NTRA. SRA. DE LA LUZ"**

**"INCIDENCIA DE LAS MANIFESTACIONES OCULARES DEL  
SIDA, EN PACIENTES CONCENTRADOS EN EL HOSPITAL  
DE INFECTOLOGIA DEL CENTRO MEDICO LA RAZA "**

**( ENERO 91 A DIC. 93 )**

**T E S I S**

**PARA OBTENER EL TITULO DE**

**CIRUJANO OFTALMOLOGO**

**PRESENTA :**

**HUMBERTO LOPEZ GARCIA**

**MEXICO, D. F.**

**FEBRERO, 1994**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

HOSPITAL OFTALMOLOGICO DE NUESTRA SEÑORA DE LA LUZ.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

TITULO: "INCIDENCIA DE LAS MANIFESTACIONES OCULARES  
DEL SIDA, EN PACIENTES CONCENTRADOS EN EL  
HOSPITAL DE INFECTOLOGIA DEL CENTRO MEDICO  
LA RAZA".

  
ASESOR: DR. ROBERTO ORTIZ LERMA.

AUTOR: DR. HUMBERTO LOPEZ GARCIA.

**DEDICATORIAS:**

**A DIOS:**

Por ser el guía que marca mi camino.

**A MIS PADRES:**

Que sin su ayuda no hubiera logrado esta meta.

**A MI ESPOSA E HIJOS:**

Por su comprensión, apoyo y por ser el motivo de mi superación.

**A MIS MAESTROS:**

Gracias por sus enseñanzas.

**AL HOSPITAL DE LA LUZ:**

La escuela que me formó.

" El ojo es la ventana por la que podemos ver el interior de nuestros pacientes y el exterior de nosotros mismos....

Dichosos los que tienen el don de la visión, y más dichosos aun los que podemos devolverla."

AUTOR.

## I N D I C E :

	pag.
INTRODUCCION.....	5.
ANTECEDENTES.....	6.
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9.
JUSTIFICACIONES.....	10.
OBJETIVOS.....	12.
METODOLOGIA	
DISEÑO DE LA INVESTIGACION.....	14.
SELECCION DE FUENTES.....	14.
PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION.....	14.
UNIDADES DE OBSERVACION.....	15.
MATERIAL Y METODOS.....	16.
CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION.....	16.
RESULTADOS.....	17.
DISCUSION.....	19.
CONCLUSIONES.....	20.
COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES.....	21.
CUADROS Y GRAFICAS.....	22.
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	47.

" M A R C O      T E O R I C O "

## INTRODUCCION:

Durante el transcurso de mi especialidad las manifestaciones oculares del SIDA siempre me llamaron la atención, sobre todo porque las pocas veces que las vi, -- siempre se trató de pacientes jóvenes que se encontraban en una etapa muy avanzada de su enfermedad.

Fué a partir de entonces que me surgió la inquietud de tratar de buscar manifestaciones oculares en etapas -- más tempranas de la enfermedad, para así mediante un estudio oftalmológico rutinario poder detectar a un paciente con esta enfermedad que en la época que estamos viviendo es un problema de salud de dimensiones muy importantes.

Es por eso que busqué la forma de tener más contacto con este tipo de pacientes y en diferentes estadios de la enfermedad para así poder comparar las diferentes manifestaciones oculares de acuerdo a la etapa en que se encontrara la enfermedad.

Para esto me auxilié de mi compañero y amigo, el Dr. - Roberto Ortiz L. el cual trabaja en el Centro Médico - La Raza para que juntos buscáramos nuestro objetivo, - ya que dicho nosocomio es un Hospital de concentración de este tipo de enfermos y esto nos ayudaría a tener una muestra lo suficientemente significativa para hacer este trabajo.

De ahí nos dimos a la tarea de primero consultar expedientes clínicos y posteriormente explorar directamente a los enfermos para así concluir un estudio que a continuación les presentamos.



## ANTECEDENTES:

En Estados Unidos de Norteamérica el SIDA apareció - por primera vez a finales de la década de los 70s, y se reconoció por primera vez en 1981, cuando en los centros para el control de las enfermedades, anuncia ron la aparición inexplicable de neumonía por Neumo- cystis carinii y Sarcoma de Kaposi en varones homo-- sexuales previamente sanos de Nueva York y Los Ange-- les.

Desde entonces ha habido un incremento geométrico en el número de casos que para 1991 ocurrieron más de -- 270 000 casos.

La enfermedad se está manifestando con mayor frecuen-- cia en otros sitios, particularmente en Europa y A -- frica.

Entre los casos en adultos de Estados Unidos, 66% - han ocurrido en varones homo y bisexuales; 17% en ad-- dictos a drogas; 8% en varones que son tanto homo -- sexuales como adictos a drogas; 1% en hemofílicos -- que han recibido grandes volúmenes de concentrados - de factor VIII; 4% en parejas heterosexuales de in-- dividuos con SIDA o que tienen riesgo del mismo; y - 2% en no hemofílicos que han recibido transfusiones. El 71% de los casos pediátricos han descrito que son congénitos, en niños cuyos padres tenían SIDA o ries-- go elevado de tenerlo.(1)

Se desconoce la prevalencia exacta de la infección - por HIV en la población general, pero se calcula que por cada caso comprobado, existen alrededor de 100 portadores asintomáticos, y que de estos el 20 al 30% desarrollarán la enfermedad en el transcurso de 5 a-- ños. (2)

Al principio el virus se denominó "Virus de los lin-- focitos T humanos tipo III" (HTLV-III): Ahora se sa--

be que el SIDA lo causa un retrovirus llamado "Virus de inmunodeficiencia humana" (HIV). Este virus es - linfotrópico e infecta selectivamente a los linfocitos T humanos del subgrupo auxiliar inductor denominado por el marcador fenotípico T4 o Leu 3.

La infección provoca un efecto citopático sobre esas células con una disminución en su número y función. El virus se transmite por contacto sexual, contacto con sangre sus productos u otros líquidos corporales (semen, saliva, lágrima y líquido cefalorraquídeo) o en el periodo perinatal por vía transplacentaria. No hay pruebas de que el virus se pueda transmitir - por contacto casual o familiar.

Se piensa que el virus se originó en el mono verde - nativo de Africa central , y luego cruzó la barrera de especies, diseminándose a Haití y Estados Unidos. El virus se puede inactivar fácilmente in vitro mediante desinfectantes comunes incluyendo isopropanol, etanol y glutaraldehído e hipoclorito de sodio, o - con calor a 60°C por periodos cortos.

La literatura reporta que entre el 50 y 70% de los - casos de SIDA comprobado presentan manifestaciones oculares. (3)

Los hallazgos más comunes son microvasculopatía retinea con manchas cotonosas y hemorrágicas, y vasculopatía conjuntival caracterizada por vasos en coma, sedimentación de sangre y hemorragias lineales, se - desconoce la causa de estos hallazgos, pero algunas veces se acompañan de aumento de la viscosidad del - plasma y pueden representar el depósito de complejos inmunológicos .

Las infecciones oculares oportunistas son muy comu - nes, en especial la retinitis por citomegalovirus, - que se presenta en forma típica como una retinopatía

necrótica hemorrágica que se disemina desde los arcos vasculares acompañada de oclusiones arteriolares.

No hay reacción en vitreo, pero puede haber desprendimiento de retina. (4) (5)

La retinitis por Herpes simple se inicia en la Retina periférica, y avanza hasta afectar todo el fondo de ojo y se acompaña de oclusión arteriolar. Casi siempre se presenta en forma concomitante con encefalitis por Herpes simple, lo que ayuda a distinguirla de la causada por el citomegalovirus, que rara vez se complica con encefalitis. (6) .

Por lo general la coreoretinitis por toxoplasma es bilateral, adquirida (las infecciones congénitas rara vez se reactivan en el SIDA), y se acompaña de reacción substancial del vitreo; rara vez se observa en doftalmitis por candida excepto en toxicómanos.

Los microorganismos más raros que pueden producir retinitis incluyen *Cryptococcus*, *Herpes Zoster*, *Mycobacterium avium intracellulare*, *Hemophilus influenzae* y *Sporothrix schenckii*.

El Herpes Zoster oftálmico es una forma común de presentación de la infección por HIV y puede ser muy grave, con necrosis del segmento anterior y oftalmopléjia.

El Herpes simple, el molusco contagioso y el sarcoma de Kaposi afectan con frecuencia los párpados y el tejido circundante. (7) (8).

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El objeto de la presente investigación es conocer las diferentes manifestaciones oculares que presentan los pacientes con SIDA concentrados en el Hospital de Infectología del Centro Médico La Raza.

Para eso la presente investigación se dividirá en dos partes, la primera es un estudio retrospectivo de expedientes clínicos de pacientes con la enfermedad, y en etapa avanzada, y la segunda parte un estudio prospectivo de enfermos captados en la consulta externa de dicho nosocomio, para así comparar todas las manifestaciones en las diferentes etapas de la enfermedad. Hay que aclarar que este estudio se realizó en dicho hospital por el número de pacientes que en el se pudieron captar, esto le dá a la investigación mucho más valor ya que la muestra es lo suficientemente significativa para darnos una idea de lo que sucede oftalmológicamente en estos enfermos, así como del curso de la misma dentro de nuestra especialidad.

## JUSTIFICACIONES:

Hace un poco más de 10 años se publicaron las primeras series de pacientes con manifestaciones oculares en el SIDA. En aquellos tiempos esta era una enfermedad desconocida, y se tenía conocimiento de unos 300 casos. Nadia entonces podía imaginar la magnitud de la epidemia que venía. El número de casos se ha incrementado - desde entonces, para 1991 se tiene una cifra aproximada de 200 000 pacientes con SIDA en los Estados Unidos, de los cuales el 65% han fallecido.

El SIDA es en estos momentos la segunda causa de muerte en hombres entre 25 y 44 años de edad. Se estima - que uno de cada 75 hombres y una de cada 700 mujeres - en los Estados Unidos en edades entre 15 y 49 años están infectados con el Virus de la Inmunodeficiencia - Humana, y al rededor de un millón de personas en el país son susceptibles a ser infectados. Los hombres homo, y bisexuales son el grupo más importante de casos, pero se están incrementando los grupos de pacientes adictos a drogas intravenosas, heterosexuales y niños infectados por vía transplacentaria.

La situación del SIDA es más seria en otras partes del mundo como en Sudáfrica en donde se estima que existen unos 6.5 millones de infectados con uno de cada 40 personas entre los 15 y los 49 años de edad. Eso significa que del 15 al 20% de la fuerza de trabajo del continente padecen la enfermedad.

La OMS estima que 30 millones de adultos y 10 millones de niños estarán infectados con el HIV para el año -- 2000.

Dentro de las manifestaciones oftálmicas del SIDA durante la pasada década se pueden dividir en 4 grandes categorías: lesiones asociadas con alteraciones de la microvasculatura, infecciones por oportunistas, neoplasias, y padecimientos neuro-oftalmológicos asociados - con infecciones intracraneanas y neoplasias.

Desde entonces se han descrito un sin número de alteraciones oftalmológicas asociadas a pacientes con SIDA - como por ejemplo la pneumocistosis corioidea. La retino coroiditis por toxoplasma y la retinitis por el virus Varicela Zoster, por ejemplo, son enfermedades vistas en otros grupos de pacientes, pero que en el SIDA tienen un curso diferente.

La lesión clínica más común son los exudados algodonosos en forma focalizada o difusa asociados a microvasculopatía retineana difusa. La causa de esta enfermedad vascular con ultraestructura similar a la retinopatía diabética, ha intrigado a los investigadores, y la patogénesis no ha sido bien aclarada. Los exudados cottonosos no se presentan habitualmente en los sitios -- donde atacan las infecciones por oportunistas. Una variedad de causas han sido hipotetizadas, incluyendo el daño causado por el HIV en las células endoteliales, - el depósito de complejos inmunes y la alteración en el flujo sanguíneo. La causa es probablemente multifactorial. Las hemorragias retineanas y los microaneurismas se asocian muy probablemente con el daño microvascular. La infección por oportunistas es la causa más frecuente y devastadora en esta enfermedad. Numerosos estudios clínicos y reportes de autopsias han demostrado - que la retinopatía por citomegalovirus se desarrolla - en un 20 a 25% de los pacientes. Antes de la epidemia del SIDA la retinopatía por citomegalovirus era una alteración poco común y se veía primordialmente en pacientes que habían recibido trasplante de órganos y - en quienes se les había tratado con drogas inmunosupresoras.

**OBJETIVOS:**

**GENERAL:** Determinar la incidencia de las manifestaciones oculares en los pacientes con SIDA, comparada con las descritas en la literatura de acuerdo al estadio en que se encuentre la enfermedad.

**ESPECIFICOS:**

- \_ Identificar lesiones específicas en segmento anterior y/o posterior.
- \_ Enumerar y clasificar estadísticamente los signos oculares.
- \_ Comparar las manifestaciones oculares en pacientes mexicanos contra la literatura mundial.

**" M E T O D O L O G I A "**



## **DISEÑO DE LA INVESTIGACION:**

### **TIPO DE ESTUDIO REALIZADO:**

A) Según el tiempo de la ocurrencia de los hechos y registro de la información, el presente estudio se divide en dos partes, una de tipo retrospectivo y la segunda prospectivo.

B) Según el periodo y secuencia del estudio, este es de tipo transversal.

C) Según el análisis y alcance de los resultados el presente estudio es de tipo descriptivo.

### **SELECCION DE LAS FUENTES:**

#### **METODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS:**

De acuerdo a las variables que se manejaron en el estudio, se eligió el método de consulta de expedientes y exploración directa para la recolección de datos.

#### **PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION:**

Los elementos que se consideraron para realizar dichos procedimientos fueron:

**TIEMPO:** El estudio se realizó en un periodo de 3 años, de 1991 a 1992 abarcó la parte retrospectiva y en 1993 la prospectiva.

El proceso de recolección de datos se llevó un tiempo aproximado de 2 meses para la parte retrospectiva y de 8 meses para la prospectiva.

La recolección de datos se llevó a cabo en varias fases:

1) Consulta a expedientes clínicos: Durante dos meses - continuos acudimos al archivo clínico del Hospital para consultar expedientes clínicos y obtener la parte retrospectiva de la investigación; y durante 8 meses acudimos a la consulta externa de Infectología para completar la parte prospectiva.

#### RECURSOS:

Para la recolección de datos acudimos personalmente al archivo clínico del Hospital así como a la consulta externa, apoyados amablemente por la jefe del archivo -- clínico y el encargado de la consulta externa de Infectología.

#### DEFINICION DE LOS PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION - DE DATOS:

La recolección de datos se realizó en forma indirecta mediante la consulta a expedientes clínicos para la - primera parte de la investigación, y en forma directa para la parte prospectiva, mediante la exploración clínica de los pacientes en la consulta externa.

Siendo las fuentes utilizadas de tipo primario (pacientes) y secundario (expedientes).

#### UNIDADES DE OBSERVACION:

Las unidades de observación fueron:

Paciente sidoso:

Variables:

- Nombre, edad y sexo.
- Lugar de origen y residencia.
- Hábitos sexuales (homo, Hetero o Bisexual).
- Fecha de diagnóstico de laboratorio y de inicio de los síntomas.
- Causa de consulta, y padecimientos asociados.
- Hallazgos oftalmológicos.

Expedientes clínicos:

- Se tomaron exactamente los mismos datos que a los pacientes explorados directamente excepto en que en los hallazgos clínicos no pudimos ratificar lo asentado en el expediente clínico.

#### **MATERIAL Y METODOS:**

Para el estudio retrospectivo se revisaron un total de 482 expedientes clínicos bajo los siguientes criterios:

##### **CRITERIOS DE INCLUSION:**

- 1.- Todos los pacientes con SIDA confirmado por laboratorio.
- 2.- Todos los pacientes controlados en el Hospital de - Infectología del Centro Medico La Raza durante el periodo de Enero de 1991 a Noviembre de 1992.
- 3.- Pacientes Mexicanos o extranjeros que tengan 6 o - más años de radicar en México.

##### **CRITERIOS DE EXCLUSION:**

- 1.- Todos los pacientes sin diagnóstico confirmado.
  - 2.- Los pacientes que no hayan sido captados durante el periodo establecido.
- Pacientes extranjeros o mexicanos que radiquen fuera - del país en los últimos 6 años.

Para el estudio prospectivo se revisaron 42 pacientes - con Dx. de SIDA de la consulta externa de Infectología bajo los siguientes criterios:

##### **CRITERIOS DE INCLUSION:**

- 1.- Todos los pacientes con SIDA confirmado por laboratorio.
- 2.- Todo paciente seropositivo que acudiera por primera vez a la consulta externa de Infectología del C.M.R. - en el periodo de Enero a Septiembre de 1993.
- 3.- Pacientes con menos de 3 años de haber sido diagnosticados.

##### **CRITERIOS DE EXCLUSION:**

- 1.- Pacientes sin SIDA confirmado por laboratorio.
- 2.- Pacientes con expediente del Hospital.
- 3.- Pacientes con más de 3 años del diagnóstico.

## RESULTADOS:

En la parte retrospectiva del estudio obtuvimos los siguientes resultados:

Dentro de los factores de riesgo encontramos que el contacto sexual entre parejas homo y bisexuales es el más frecuente con un 45% de incidencia a diferencia de la literatura que lo reporta en un 66%.

Con respecto a los pacientes que adquirieron la enfermedad por transfusión siendo no hemofílicos, encontramos la incidencia en un 4.3%, mayor a la que se presenta en la literatura que es del 2%.

La vía intravenosa en los adictos a drogas como factor de riesgo nosotros la encontramos en un 0.4% contra los Norteamericanos que la reportan en un 17% siendo el tabaquismo y el alcoholismo las toxicomanías más frecuentes.

Dentro de las manifestaciones oculares propiamente dichas encontramos que solo las presentaron un 7.8% de los casos estudiados, a diferencia de la incidencia que se reporta que va de un 50 a un 70%. Y de estas manifestaciones ellos reportan que un 20 a 25% desarrollarán una coreoretinitis por citomegalovirus, mientras que nosotros encontramos esa incidencia en un 3.5% solamente.

Dentro de los criterios de exclusión solo eliminamos 8 casos por tratarse de pacientes que tenían menos de 6 años de radicar en el país.

Con respecto a la edad y sexo de los pacientes, encontramos un franco predominio del sexo masculino con una proporción de 5.5 a 1. El grupo de edad de mayor riesgo fue entre los 20 y los 40 años con un total de 297 pacientes que representan el 61%.

El lugar de origen y de residencia fue ampliamente do--

minado por el D.F. correspondiendo a un 68% de los originarios y un 86% de los residentes.

Con respecto a la fecha del diagnóstico de laboratorio encontramos que a 408 pacientes se les diagnosticó la enfermedad dentro de los últimos 3 años correspondiendo esto a un 85%.

El periodo de la fecha de diagnóstico a la fecha de defunción fué menor a dos años en el 75% de los casos.

La evolución que tuvieron los pacientes estudiados fué hacia la defunción en 273 casos (57%) y aún viven 209 (43%).

Dentro de las manifestaciones oculares que encontramos, las infecciones por oportunistas fueron las más fre --  
cuentes con un 58%.

Otras alteraciones a nivel ocular que encontramos fueron las vasculares, infecciones por oportunistas, alteraciones en los músculos extraoculares y alteraciones en la cornea y/o conjuntiva. ( Ver cuadros 10 y 11).

Dichas manifestaciones oculares se presentaron antes -  
de los 3 meses en un 74%. ( Ver cuadro 12).

Del estudio prospectivo los resultados fueron más po -  
bres ya que en primer lugar el número de pacientes fué menor con un total de 42, y de las manifestaciones oculares encontramos que durante el primer año posterior al diagnóstico no se presentan manifestaciones oculares y que estas son más floridas conforme la enferme--  
dad se encuentra más avanzada.

En los cuadros y gráficas se comparan los resultados -  
para mejor comprensión.

### DISCUSION:

Haciendo una comparación de lo que la literatura nos dice con lo que encontramos en el estudio, podemos concluir los siguientes puntos: las manifestaciones clínicas del SIDA se presentan en forma semejante a las que se describen en la literatura, aunque con una incidencia diferente, como por ejemplo en el factor de riesgo de los drogadictos por vía parenteral, que en los Estados Unidos alcanza un 17% aproximadamente, a diferencia de México en que no llega al 1%. En cuanto a los hábitos sexuales, el sexo y la edad de presentación, coincidimos bastante con los norteamericanos. Los motivos de consulta para detectar a un paciente seropositivo también coinciden, y las manifestaciones oculares son muy semejantes, aunque nosotros las vimos en mucho menor proporción.

Fue muy marcada la diferencia de los hallazgos encontrados en las dos partes del estudio, ya que aunque las muestras fueron muy diferentes en cuanto a número, si es muy claro que las manifestaciones oculares del SIDA son más manifiestas cuanto más avanzada se encuentra la enfermedad, y que prácticamente dentro de los dos primeros años de diagnosticada la misma prácticamente no existen manifestaciones.

## CONCLUSIONES:

Las conclusiones a las que llegamos se pueden dividir - en dos grandes grupos que son las generales y las específicas; de las conclusiones generales podemos decir - que: la promiscuidad sexual así como el homo y bisexualismo es el principal factor de riesgo para adquirir la enfermedad, que la drogadicción intravenosa no es un -- factor de riesgo importante en México, que el grupo de mayor riesgo son los hombres en edad productiva, la falta de información sobre la enfermedad y la forma de prevenirla es un problema importante en nuestro país.

Que la diarrea crónica es la primera manifestación clínica en el paciente sidoso. El periodo de ventana lo encontramos hasta de 6 años.

También podemos agregar que las manifestaciones oculares no son causa de consulta de primera vez en el paciente con SIDA.

De las conclusiones específicas podemos decir que:

No encontramos ninguna alteración oftalmológica antes - de un año de diagnosticada la enfermedad.

Las infecciones por oportunistas son la principal causa de manifestaciones oculares.

La coreoretinitis por citomegalovirus es la principal - causa de infección por oportunistas intraocularmente.

El sarcoma de Kaposi es el tumor ocular más frecuente - en estos pacientes.

De las conjuntivitis que encontramos a ninguna se le -- realizó cultivo pero las características macroscópicas eran de conjuntivitis bacterianas, seguramente por oportunistas.

### COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES:

Creemos que el esfuerzo que nos llevó hacer este trabajo nos trajo resultados interesantes, aunque en la parte retrospectiva del mismo tal vez los resultados no -- sean lo suficientemente fidedignos por habernos basado unicamente en lo que reportaban los expedientes clínicos, pero al parecer con la parte prospectiva se confirmó lo encontrado anteriormente.

Es muy importante comentar el problema tan serio que representa esta enfermedad sobre todo en personas jóvenes del sexo masculino, ya que siendo un padecimiento tan -- relativamente sencillo de prevenir, la ignorancia así -- como la falta de información, lo convierten en verdadero problema de salud en nuestro país.

Es necesario hacer labor de tipo preventivo para combatirlo, y está en nosotros iniciar con esta campaña, orientando a nuestros pacientes en la consulta externa -- así como aconsejándolos,

Y recordar y tenerlo siempre presente que ante un cuadro de parálisis de músculos extraoculares sin causa aparente en personas jóvenes, infecciones que no ceden -- al tratamiento habitual, así como lesiones sospechosas en párpados y/o conjuntiva, siempre pensar en esta enfermedad y buscarla intencionalmente con un adecuado interrogatorio y exploración física.

Ya que esta enfermedad aunque aun sigue siendo mortal -- nosotros como médicos tenemos mucho que hacer por ella, y podemos ofrecerle al paciente una mejor calidad de vida, y previniendo a tiempo sus complicaciones le evitaremos las largas y penosas estancias intrahospitalarias que tanto le cuestan al país.



" CUADROS

Y

GRAFICAS "

**CUADRO # 1.**  
**EDAD Y SEXO.(RETROSPECTIVO).**

AÑOS	FEMENINO	MASCULINO
0 - 10	10	11
11 - 20	3	10
21 - 30	29	132
31 - 40	23	165
41 - 50	7	55
51 - 60	2	26
61 - 70	0	8
71 - 80	0	1
<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>408</b>

**EDAD Y SEXO (PROSPECTIVO).**

AÑOS	FEMENINO	MASCULINO
0 - 10	0	1
11 - 20	0	2
21 - 30	3	16
31 - 40	3	9
41 - 50	1	5
51 - 60	0	2
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>35</b>

**CUADRO # 2.**  
**HABITOS SEXUALES.**  
**(ESTUDIO RETROSPECTIVO)**

	No.	%
HOMOSEXUALES.....	172	35.
BISEXUALES.....	47	10
HETEROSEXUALES.....	177	35
SE IGNORA.....	59	12
SIN VIDA SEXUAL ACT.	27	8

(todos por transfusión)

**HABITOS SEXUALES.**  
**(ESTUDIO PROSPECTIVO).**

	No.	%
HOMOSEXUALES.....	16	38
BISEXUALES.....	8	19
HETEROSEXUALES.....	17	40.5
SIN V.S.A.....	1	2.5

(niño con Hemofilia).

CUADRO # 3.  
 TOXICOMANIAS.  
 (RETROSPECTIVO).

	No.	%
TABAQUISMO.....	130	22
ALCOHOLISMO.....	145	24
DROGAS I.V. ....	11	2
SE IGNORA.....	125	21
NEGADOS.....	185	31

TOXICOMANIAS.  
 (PROSPECTIVO)

	No.	%
TABAQUISMO .....	15	35.7
ALCOHOLISMO.....	27	64.3
OTRAS DROGAS .....	0	
NEGADOS.....	12	28.5

CUADRO # 4.  
LUGAR DE ORIGEN  
(RETROSPECTIVO).

	No.	%
DISTRITO FEDERAL.....	328.....	68
EDO. DE MEXICO.....	28.....	5.8
VERACRUZ .....	22.....	22
GUERRERO.....	11.....	2.2
HIDALGO .....	10.....	2.0
NICARAGUA.....	1.....	0.2
RUSIA.....	1.....	0.2

LUGAR DE ORIGEN.  
(PROSPECTIVO)

	No.	%
DISTRITO FEDERAL.....	28 .....	66.6
EDO. DE MEXICO.....	5.....	12
GUANAJUATO.....	2.....	4.7
HIDALGO.....	3.....	7.1
MICHOACAN.....	2.....	4.7
VERACRUZ.....	1.....	2.3
MORELOS.....	1.....	2.3

CUADRO # 5.

LUGAR DE RESIDENCIA.

(RETROSPECTIVO).

	No.	%
DISTRITO FEDERAL.....	415.....	86
EDO. DE MEXICO.....	38.....	7.8
GUERRERO.....	5.....	1.0
VERACRUZ.....	5.....	1.0
OTROS.....	19.....	3.9

LUGAR DE RESIDENCIA.

(RETROSPECTIVO)

	No.	%
DISTRITO FEDERAL.....	34.....	81
EDO. DE MEXICO.....	5.....	12
QUERETARO.....	1.....	2.3
QUINTANA ROO.....	1.....	2.3
HIDALGO.....	1.....	2.3

CUADRO # 6.

DIAGNOSTICO DE LABORATORIO.  
(RETROSPECTIVO).

	No.	%
1985.....	1.....	0.2
1986.....	9.....	1.8
1987.....	8.....	1.6
1988.....	22.....	4.5
1989.....	34.....	7.0
1990.....	120.....	24.8
1991.....	180.....	37.3
1992.....	108.....	22.4

DIAGNOSTICO DE LABORATORIO.  
(PROSPECTIVO)

	No.	%
MENOS 1 año.....	28.....	66.6
1 - 2 años.....	5.....	12
2 - 3 años.....	9.....	21.4

CUADRO # 7.

FECHA DE DIAGNOSTICO A DEFUN CION.  
(RETROSPECTIVO).

	No.	%
ANTES DE 6 MESES.....	69.....	25.
6 A 12 MESES.....	56.....	20
1 A 2 AÑOS.....	75.....	30
2 A 3 AÑOS.....	37.....	13
3 A 4 AÑOS.....	18.....	6
4 A 5 AÑOS.....	9.....	3
5 A 6 AÑOS.....	8.....	2.7
6 A 7 AÑOS.....	1.....	0.3
TOTAL.....	273.....	56.6.

CUADRO # 8.

EVOLUCION.  
(RETROSPECTIVO).

	No.	%
FALLECIERON.....	273.....	56.6
VIVEN.....	209.....	43.4.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA



CUADRO # 9.

MANIFESTACIONES OCULARES.

(RETROSPECTIVO).

	No.	%
ALTERACIONES VASCULARES...	3	7.9
INFECC. POR OPORTUNISTAS..	22	58
ALTS. NEUROFTALMOLOGICAS...	1	2.6
ALTS. MUSC. EXTRAOCULARES..	5	13
ALTS. CORNEA Y CONJUNTIVA..	7	18.5
ALTS. EN PIEL (PARPADOS)...	0	0

MANIFESTACIONES OCULARES.

(PROSPECTIVO).

	No.	%
ALTERACIONES VASCULARES.....	0	
INFECC. POR OPORTUNISTAS.....	2	4.7
ALTS. NEUROFTALMOLOGICAS.....	0	
ALTS. CORNEA Y/O CONJUNTIVA..	5	8.3
ALTS. EN PIEL (PARPADOS)....	3	7.0

CUADRO # 10.

ALTERACIONES VASCULARES.  
(RETROSPECTIVO).

OCLUSION RAMA VENOSA INFERIOR.....1.  
OCLUSION VENA CENTRAL DE RETINA.....1.  
OCLUSION RAMA ARTERIAL TEMPORAL.....1.

ALTERACIONES VASCULARES.  
(PROSPECTIVO)

NO HUBO ALTERACIONES VASCULARES.

CUADRO # 11.

INFECCIONES POR OPORTUNISTAS.  
(RETROSPECTIVO).

	No.	%
COREORETINITIS POR CITOMEGALOVIRUS.....	17	77.
PANUVEITIS.....	2	9.
COREORETINITIS POR P.CARINI.....	1	5.
RETINITIS POR HERPES SIMPLE.....	2	9.

INFECCIONES POR OPORTUNISTAS.  
(PROSPECTIVO).

	No.	%
COREORETINITIS POR CITOMEGALOVIRUS.....	2	4.7

CUADRO # 12.

ALTERACIONES DE MUSCULOS EXTRAOCULARES.  
(RETROSPECTIVO).

	No.	%
VI PAR.....	3.....	60.
III PAR.....	1.....	20.
OFTALMOPLEJIA COMPLETA.....	1.....	20.

(el caso de III par era incompleto).

ALTERACIONES DE MUSCULOS EXTRAOCULARES.  
(PROSPECTIVO).

NO HUBO CASOS.

CUADRO # 13.

ALTERACIONES DE CORNEA Y CONJUNTIVA.  
(RETROSPECTIVO).

CONJUNTIVITIS INFECCIOSA.....	No. 3.....	% 70
QUERATITIS POR H. ZOSTER.....	1.....	15
ULCERA CORNEAL BACTERIANA.....	1.....	15

ALTERACIONES DE CORNEA Y CONJUNTIVA.  
(PROSPECTIVO).

	No.	%
CONJUNTIVITIS INFECCIOSA.....	5.....	12

CUADRO # 14.

ALTERACIONES EN PIEL (PARPADOS).  
(RETROSPECTIVO).

NO HUBO CASOS.

ALTERACIONES EN PIEL (PARPADOS).  
(PROSPECTIVO).

	No.	%
MOLUSCO CONTAGIOSO.....	2.....	4.7
SARCOMA DE KAPOSI.....	1.....	2.3

CUADRO # 15.

PADECIMIENTOS ASOCIADOS. (FALLECIDOS).  
(RETROSPECTIVO).

	No.	%
NEUMONIA POR OPORTUNISTAS.....	78	16.
SARCOMA DE KAPOSI.....	43	8.9
NEUMONIA POR P. CARINI.....	41	8.5
NEUROINFECCION POR OPORTUNISTAS....	37	7.6
GASTROENTERITIS POR OPORTUNISTAS...	29	6.0
TUBERCULOSIS PULMONAR.....	27	5.6
CRIPCOCOSIS DEL S.N.C.....	23	4.7
TOXOPLASMOSIS CEREBRAL.....	10	2.0
HEMOFILIA.....	7	1.4
HEPATITIS.....	7	1.4
TOTAL.....	273	56.6

PADECIMIENTOS ASOCIADOS. (VIVOS).  
(RETROSPECTIVO).

	No.	%
ASINTOMATICOS.....	75	15.5
GASTROENTERITIS POR OPORTUNISTAS..	23	4.7
CANDIDIASIS.....	15	3.1
SARCOMA DE KAPOSI.....	14	2.9
NEUMONIA POR OPORTUNISTAS.....	14	2.9
HEPATITIS.....	13	2.6
HERPES CUTANEO.....	13	2.6
HEMOFILIA.....	5	1.0
T.B. PULMONAR.....	5	1.0
TOTAL.....	209	43.4

PADECIMIENTOS ASOCIADOS.

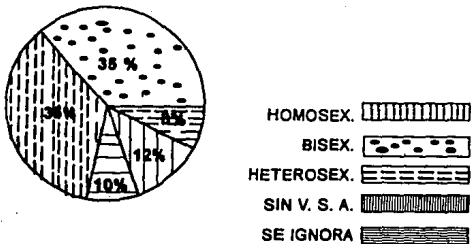
(PROSPECTIVO).

	No.	%
GASTROENTERITIS POR OPORTUNISTAS.....	17	40.5
I.R.A. POR OPORTUNISTAS.....	5	12
CANDIDIASIS ORAL.....	4	9.5
T.B. GANGLIONAR.....	2	4.7
INFECCION VIAS URINARIAS.....	2	4.7
LINFOMA.....	1	2.3
SIFILIS Y GONORREA.....	3	7.0
HEMOFILIA.....	1	2.3
ARTRITIS POR VIH.....	1	2.3
HEPATITIS.....	1	2.3
DIABETES MELLITUS.....	1	2.3
ASINTOMATICOS.....	4	9.5
TOTAL.....	42	100.0

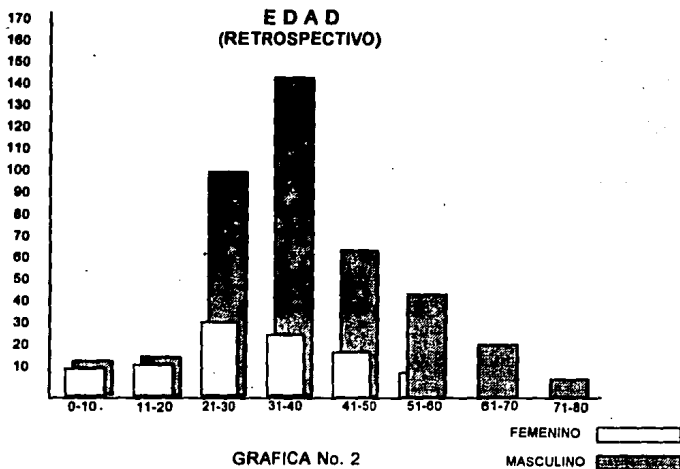
" G R A F I C A S "

# ESTUDIO RETROSPECTIVO

## HABITOS SEXUALES

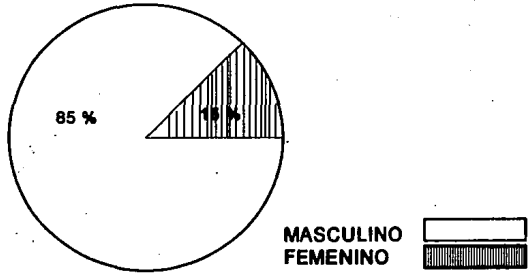


GRAFICA No. 1

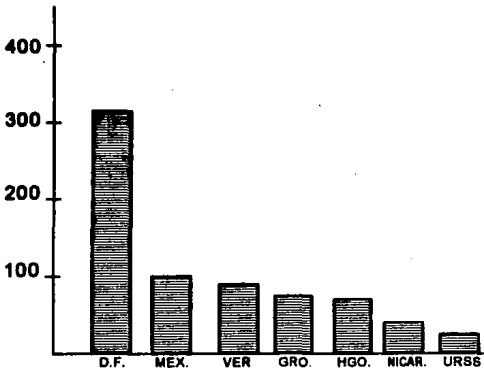


GRAFICA No. 2

### SEXO



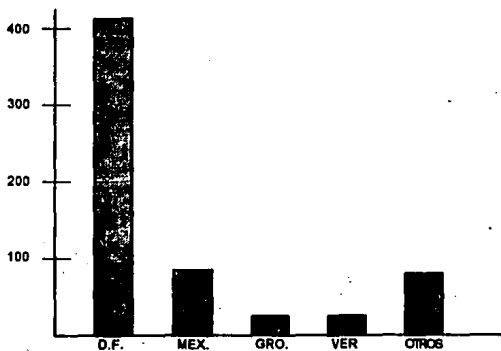
**GRAFICA No. 3**  
**LUGAR DE ORIGEN**



**GRAFICA No. 4**

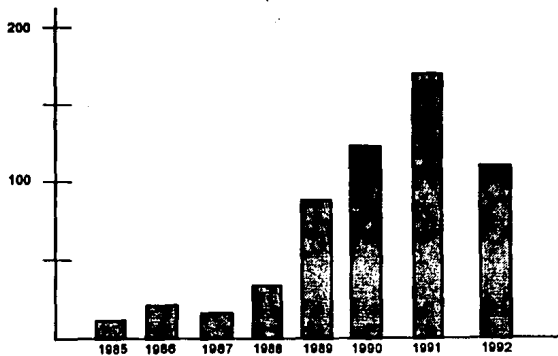


### LUGAR DE RESIDENCIA



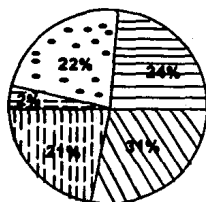
GRAFICA No. 5

### DIAGNOSTICO DE LABORATORIO



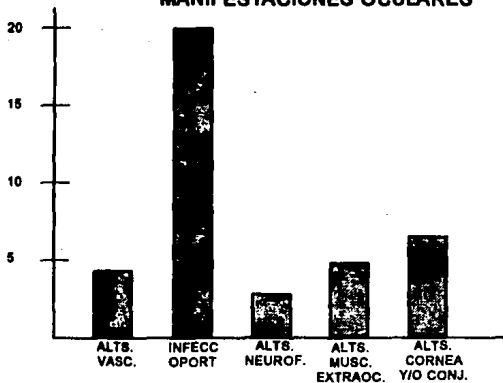
GRAFICA No. 6

## TOXICOMANIAS



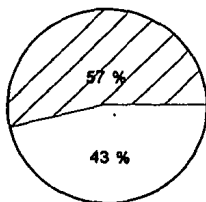
GRAFICA No. 7



## MANIFESTACIONES OCULARES



GRAFICA No. 8

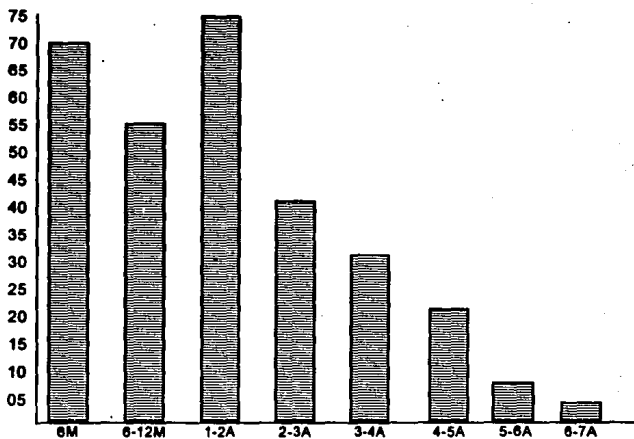
## EVOLUCION



FALLECIDOS   
VIVOS 

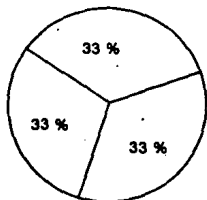
GRAFICA No. 9

## FECHA DE DX. A DE DE DEFUNCION.



GRAFICA No. 10

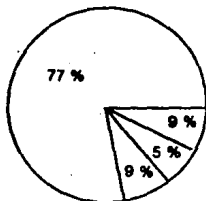
## ALTERACIONES VASCULARES



O. R. V. N. I. . . . . 1.  
O. V. C. R. . . . . 1.  
O. R. A. T. S. . . . . 1.

GRAFICA No. 11

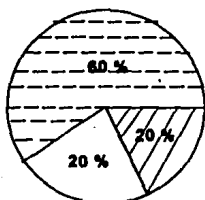
## INFECCIONES POR OPORTUNISTAS



CITOMEGALOVIRUS	77%
PANUVEITIS	9%
P. CARINII	5%
HERPES S.	9%

GRAFICA No. 12

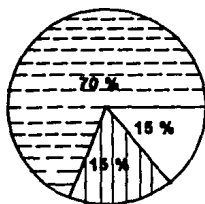
## ALTERACIONES EN MUSCULOS EXTRAOCULARES



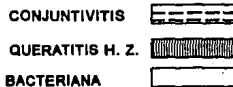
GRAFICA No. 13



## ALTERACIONES CORNEALES Y/O CONJUNTIVALES.

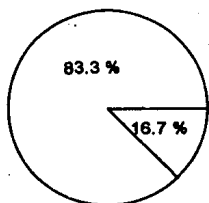


GRAFICA No. 14



## ESTUDIO PROSPECTIVO

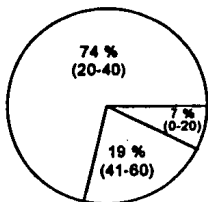
### SEXO



MASC. 83.3 %  
FEM. 16.7 %

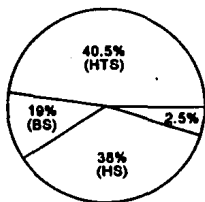
G R A F I C A No. 1.

### EDAD



G R A F I C A No. 2.

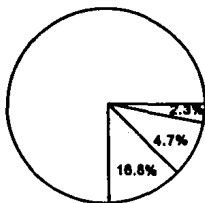
### HABITOS SEXUALES



GRAFICA No. 3.

### MANIFESTACIONES OCULARES

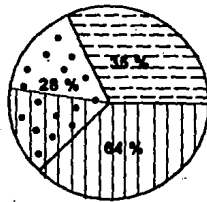
23.8%



16.6 % ALTS. PIEL  
CONJ. Y CORNEA  
4.7% INF. I. O. X OP.  
2.3% TUMORACIONES

GRAFICA No. 4.

# TOXICOMANIAS



TABAQUISMO



ALCOHOLISMO

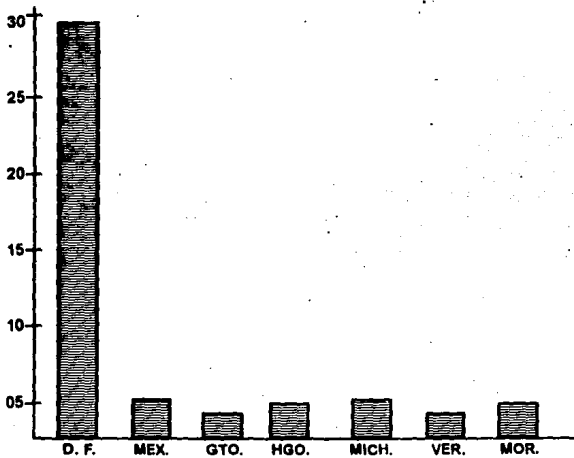


NINGUNA



GRAFICA No. 5

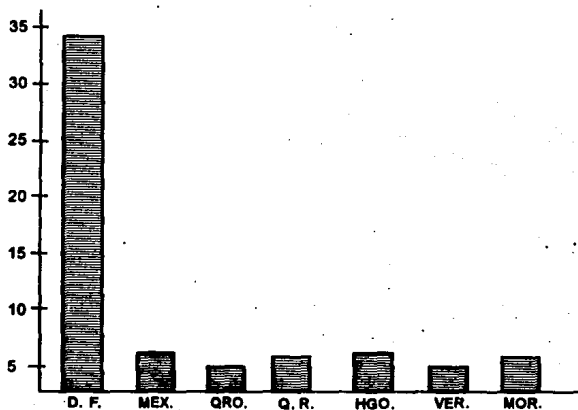
# LUGAR DE ORIGEN



GRAFICA No. 6

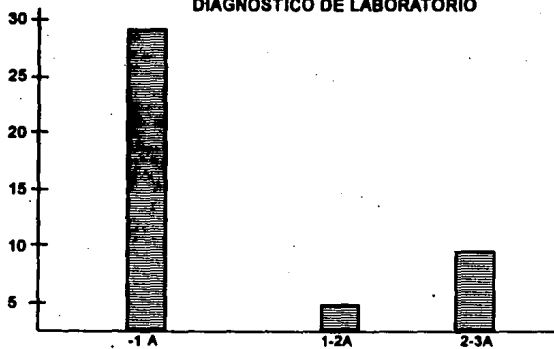


### LUGAR DE RESIDENCIA



GRAFICA No. 7

### DIAGNOSTICO DE LABORATORIO



GRAFICA No. 8

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1.- Holland GN. Acquired immunodeficiency syndrome - and ophthalmology; the first decade. Am. J. Ophthalmology, 1992; 114; 86-95.
- 2.- Holland GN, Pepose J.S., y cols. Acquired immune deficiency syndrome. Ocular manifestations. Ophthalmology, 90; 859, 1983.
- 3.- Freeman W.R., Lerner, C.W., Mines, J.A., Lash, R. S., y cols. A prospective study of the ophthalmologic findings in the acquired immune deficiency syndrome. Am. J. Ophthalmology, 97: 133, 1984.
- 4.- Freeman, W.R., Henderly D.E. y cols. Prevalence, pathophysiology, and treatment of rhegmatogenous retinal detachment in treated cytomegalovirus retinitis. Am. J. Ophthalmology, 103; 527, 1987.
- 5.- Henderly D.E., Freeman W.R., and cols. Cytomegalovirus retinitis as the initial manifestation of the - acquired immune deficiency syndrome. Am. J. Ophthalmology, 103, 316, 1987.
- 6.- Mines JA, Kaplan HJ. Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS); the disease and its ocular manifestations. Int. Ophthalmology Clin. 1986, 26(2): 73-115.
- 7.- Morinelli EN, Dugel PU, Lee M, Rao NA, Opportunistic intraocular infections in AIDS. Trans. Am. Ophthalmology Soc. 1992; 90-97-109.
- 8.- Rao NA, Zimmerman PL, Boyer D. A clinical, histopathologic, and electron microscopic study of Pneumocystis carinii choroïditis. Am. J. Ophthalmology 1989; - 107: 218-28.
- 9.- Holland G.N., Sidikaro Y. Kreiger A.E. Treatment - of cytomegalovirus retinopathy with ganciclovir. Ophthalmology 94; 815, 1987.

- 10.- Murray H.W., Knox D.L., Green W.R. Cytomegalovirus retinitis in adults. A Manifestation of dissemination viral infection. Am. J. Ophthalmology, 63; 574 - 1977.
- 11.- Pepose J.S., Nestor M.S. Holland G.N. An analysis of retinal cotton-wool spots and cytomegalovirus retinitis in the acquired immunodeficiency syndrome. Am. J. Ophthalmology. 95; 118,1983.
- 12.- Cole, E.L., Meisler D.M. Herpes Zoster ophthalmicus and acquired immune deficiency syndrome. Arch. Ophthalmology, 102; 1027.1984.
- 13.- Passo M.S., and Rosenbaum J.T. Ocular syphilis in patients with human immunodeficiency virus infection Am. J. Ophthalmology. 106-1, 1988.
- 14.- Newsome D.A. Green, W.R. Miller E.D. Microvascular aspects of acquired immune deficiency syndrome - retinopathy. Am. J. Ophthalmology. 98: 590, 1984.
- 15.- Parke D.W. and Font R.L. Diffuse toxoplasmic retinochoroiditis in a patient with AIDS. Arch. Ophthalmology. 104: 571, 1986.
- 16.- Perdiz Calvo Leticia, Manifestaciones Oculares del SIDA, Boletín Oftalmológico del Hosp. Oftalmológico de "Ntra. Sra. de la Luz", Tomo 38, No. 132,1986, pags. 69-70.



DR. ROBERTO ORTIZ LERMA.  
Adscrito al servicio de  
Urgencias Oftalmológicas  
del Centro Médico La Raza.  
Retinólogo egresado del  
Hospital Oftalmológico de  
"Ntra. Sra. de la Luz".