

48
24.

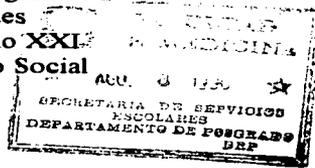
11234



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado
Hospital de Especialidades
Centro Médico Nacional Siglo XXI
Instituto Mexicano del Seguro Social



MANIFESTACIONES OFTALMOLOGICAS DEL SIDA EN EL SEGMENTO ANTERIOR

T E S I S

Para obtener el Diploma de
ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA

P r e s e n t a

Dr. Juan Carlos Villalobos Domínguez.



IMSS

México, D.F.

1986

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 esta 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.

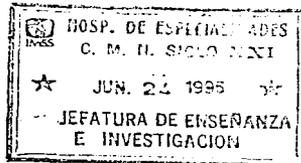
TESIS SIN PAGINACION

COMPLETA LA INFORMACION

**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI**


DR. ENRIQUE GARZA RUIZ
JEFE DEL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA
(SEGMENTO POSTERIOR)


DR. MARIO MERCADO MARTINEZ
JEFE DEL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA
(SEGMENTO ANTERIOR)




DR. HECTOR BARAJAS MENDOZA
MEDICO ADSCRITO OFTALMOLOGIA
COORDINADOR DE TESIS


DR. NIELS WACHER RODARTE
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
H.E. CMN SIGLO XXI

CONTENIDO

MARCO TEORICO	I
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	II
HIPOTESIS	III
OBJETIVOS	IV
MATERIAL, PACIENTES Y METODOS	V
DESCRIPCION DE VARIABLES	VI
DESCRIPCION OPERATIVA DE LAS VARIABLES	VII
SELECCION DE PACIENTES	VIII
CRITERIOS DE INCLUSION	IX
CRITERIOS DE NO INCLUSION	X
PROCEDIMIENTOS	XI
ANALISIS ESTADISTICOS	XII
CONSIDERACIONES ETICAS	XIII
RECURSOS	XIV
RESULTADOS	XV
CONCLUSIONES	XVI
GRAFICAS	XVII
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	XVIII

I.- MARCO TEÓRICO

EL SIDA definido como un complejo de signos y síntomas ocasionados por el **VIH Virus de Inmunodeficiencia Humana** y que condiciona una depresión celular del sistema inmune se acompaña de signos y síntomas oculares en cifras cada día creciente. Estudios morfológicos de ojos de pacientes con **SIDA** examinados durante autopsia revelan daño ocular en el 94% de los casos (1). Las manifestaciones oculares asociadas con el **SIDA** fueron descritas por primera vez por **Holland** y colaboradores en 1983 (2).

El **VIH** ha sido detectado en los diversos tejidos oculares incluidos la cornea (3), el epitelio conjuntival (4), las lagrimas (5), la retina (6,7,8), la uvea y el vítreo (9,10). Las manifestaciones oculares por **VIH** en **SIDA** se dividen en aquellas relacionadas con el **VIH**, con infecciones oportunistas y neoplasias como el resultado de la disminución en la competencia del sistema inmune. Tomar como base el número total de **CD4** puede predecir el tipo de infección secundaria (11), que puede afectar al paciente con **SIDA** e incluso ser la primera manifestación de su enfermedad (12). La relación entre las infecciones oportunistas del paciente con **SIDA** y el conteo de **CD4** se establece de la siguiente manera: más de 500 **CD4/mm³** se espera asintomático, de 250-500 **CD4/mm³** es factible infección por Tuberculosis y Cándida, de 150-200 **CD4/mm³** se relaciona con Sarcoma de Kaposí, Linfoma e infecciones por **Cryptosporidium**, de 75-125 **CD4/mm³** puede padecer infecciones

por *Pneumocystis Carinii*, *Toxoplasmosis*, *Micobacterium Avium Intracelular*, *Cryptococcus*, *Candidiasis*, esofágica y menos de 50 CD4/mm³ el individuo puede verse afectado por el Citomegalovirus (CMV).

En compromiso ocular por SIDA se puede dividir en manifestaciones a nivel del segmento anterior y del segmento posterior. Con respecto a las manifestaciones en segmento anterior, que son el motivo de este trabajo se presenta la Vasculopatía Conjuntival, consistente en vasos tortuosos dilatados, dilataciones aneurismáticas, puntos hemorrágicos e hiposfagmas son observados frecuentemente en pacientes con SIDA (13,14). Estos pacientes también puede desarrollar una Conjuntivitis no infecciosa, vista al rededor del 10% de los mismos. Al rededor de un 10% a 15% de los pacientes desarrollan Queratitis Sicca (15) . En la mayoría de los casos, estas Queratitis son descubiertas incidentalmente y son fácilmente controlables con lubricantes tópicos, pero en sus formas más severas, pueden predisponer anomalías en la superficie y conducir a perforación corneal (16,17).

El Sarcoma de Kaposi y los linfomas de células B (Burkitt) son las neoplasias más comunes observadas, afectando la conjuntiva, los párpados y la órbita. El Sarcoma de Kaposi, es un tumor maligno del mesenquima, es visto más comúnmente en hombres homosexuales o bisexuales, la incidencia es alrededor del 24% (18). Alrededor del 20% de los pacientes con Sarcoma de Kaposi también desarrollan lesiones conjuntivales (19), las cuales son frecuentemente localizadas en el fornix y

conjuntiva palpebral y consiste en una masa modular rojiza ó violácea no extendida.

En 1990 se clasifico el Sarcoma de Kaposí Histologicamente:

Tipo I.- Consistencia delgada, con dilatación de vasos por la presencia de un flat de células endoteliales y por contener el lumen eritrocitos.

Tipo II.- Aspecto tortuoso, fusiforme con células endoteliales, núcleos Hiper Cromáticos y focos de husos de células inmaduras y con interrupción vasculares ocasionales.

Tipo III.- Conjunto de densos paquetes de husos de células endoteliales con núcleos hiper cromáticos figuras mitóticas ocasionales y abundantes interrupciones vasculares conteniendo eritrocitos.

Tipo I y II.- son un pequeño flat que no se eleva más de 3mm.

Tipo III.- Nodular con elevación mayor 3mm.

El tratamiento usualmente es conservador, realizándose una excisión crioterapia o radioterapia usada en la lesión para su remoción (20).

El Linfoma Burkitt ocurre primariamente en niños de 2 a 14 años de edad, la infección por virus de Epstein-Barr en personas inmunodeprimidos juegan un papel predominante en la entidad. El Linfoma Burkitt en la órbita puede invadir el globo ocular. A nivel palpebral se presenta un edema que parte desde infiltraciones de tejidos blandos de la órbita, en la conjuntiva es frecuente encontrar quemosis. A nivel corneal encontramos disminuciones de la sensibilidad, exposición corneal y

en algunas ocasiones, la proptosis es el signo de presentación de la enfermedad y esta puede desarrollarse rápidamente y puede ser causa de extrusión de el globo ocular.

El diagnostico se realiza por su presentación clínica, edad de involucro y resultados de biopsia.

El tratamiento es con Ciclofosfamida que es la droga de elección, el metotrexate puede también usarse. La recurrencia puede ocurrir, pero cuando el tratamiento es instaurado tempranamente el tumor sufre regresión rápidamente (21).

El Herpes Zoster Oftalmico puede ser una manifestación inicial de SIDA, y la posibilidad de infección de HIV puede ser considerada en pacientes jóvenes (por debajo de 45 años de edad), cuando presentan Herpes Zoster Oftalmico (22,23).

Esta enfermedad es caracterizada por la erupción de un RashVesicular sobre el trayecto de la División oftálmica del nervio trigémino.

La Conjuntivitis, Queratitis y la uveitis anterior son descubrimientos comúnmente asociados (24,25). El tratamiento con Aciclovir Sistemático vía oral es requerido para prevenir complicaciones severas, en particular una disminución de infección por Herpes Zoster (26,27).

La Queratitis Fungal espontanea secundaria a cándida parapsilosis y cándida Albicans, esta reportada en paciente con SIDA sin antecedentes previo de trauma (28,29). La Cándida Albicans rara vez es encontrada en el ojo a pesar de ser un

patógeno cutáneo común en el paciente con SIDA, y es más comúnmente visto en pacientes que se aplican drogas endovenosas o en sepsis por catéter (30)

La Queratitis Infecciosa por gérmenes oportunistas en pacientes con SIDA es más agresiva que en los pacientes inmunocompetentes. Virtualmente todos los virus son capaces de infectar la superficie epitelial, especialmente membranas mucosas y pueden causar conjuntivitis, así como Queratitis. Con pocas excepciones, estos son Queratitis Epiteliales Transitorias con ninguna secuela permanente. Sin embargo, la infección corneal causada por el virus del Herpes simple, Varicela Zoster, Epstein-Barr y Adenovirus son capaces de causar daño corneal permanente y baja visual importante (31).

Como se ha descrito la patología ocular que puede presentar un paciente con SIDA es extensa y puede comprometer de manera importante su visión y calidad de vida si no son detectadas y tratadas a tiempo.

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.- ¿ Cuales son las manifestaciones oculares más frecuentes en el segmento anterior de los pacientes con SIDA secundaria al VIH, en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI?

2.- ¿ Cuales son las manifestaciones oculares secundarias a infecciones oportunista, viral, bacteriana, parasitaria y micótica en el segmento anterior de los pacientes con SIDA, en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI?

3.- ¿ Cuales son las Neoplasias que afectan las estructuras oculares del segmento anterior de los pacientes con SIDA en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI?

4.- ¿ Existirá mayor afección ocular por gérmenes oportunistas y neoplasias a menos valor de CD4?

III.- HIPÓTESIS

A mayor afección ocular de las estructuras del segmento anterior por gérmenes oportunistas y neoplasias menor valor de CD4.

IV.- OBJETIVOS

- 1.- Conocer las frecuencias de las manifestaciones oculares en el segmento anterior de los pacientes con SIDA, secundarias al VIH en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI.**
- 2.- Conocer la frecuencia de las manifestaciones oculares secundarias a infecciones oportunistas viral, bacteriana, parasitaria, y micótica en el segmento anterior de los pacientes con SIDA en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI.**
- 3.- Conocer la frecuencia de las neoplasias que afectan las estructuras oculares del segmento anterior de los pacientes con SIDA en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI.**
- 4.- Demostrar que a mayor afección ocular en el segmento anterior por gérmenes oportunistas y neoplasias, menor valor de CD4.**

V.- MATERIAL, PACIENTES Y MÉTODOS

DISEÑO

Retrospectivo, observacional, transversal, descriptivo

UNIVERSO

Pacientes con SIDA que cuenten con valoración oftalmológica completa en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI entre Enero 1993 a Diciembre de 1994.

VI.- DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

- ◆ **Variable independiente: valor de CD4**
- ◆ **Variable dependiente: Las afecciones oculares en el segmento anterior definidas como: Vasculopatía Conjuntival, Conjuntivitis no infecciosa, Queratitis infecciosa, Queratitis Sicca, Queratitis Fungal, Sarcoma de Kaposí, Linfoma Burkitt y Herpes Zoster Oftálmico.**
- ◆ **Variable de confusión: Tiempo de evolución de los factores de CD4.**

VII.- DESCRIPCIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES

Variable independiente:

El CD4 se expresa por mm³ y se clasifica en 4 rangos: más de 500 CD4/mm³. 250 a 500 CD 4/mm³, 150 a 250 CD4/mm³, 75 a 150 CD4/mm³., menos de 50 CD4/mm³.

Variable dependiente:

Vasculopatía conjuntival: Consiste en vasos tortuosos dilatados, dilataciones aneurismáticas , puntos hemorrágicos e hiposfagmas.

Conjuntivitis no infecciosa: Presenta alrededor del 10% de los pacientes con SIDA.

Queratitis Infecciosa: Por gérmenes oportunistas en pacientes con SIDA; con pocas excepciones, estas son Queratitis Epiteliales transitorias con ninguna secuelas permanente.

Queratitis Sicca: Alrededor del 10 al 15% de los pacientes la desarrollan, son fácilmente controlables con lubricantes tópicos, pero en sus formas más severas, pueden predisponer anomalías en la superficie y conducir a perforación corneal.

Queratitis Fungal: Espontánea secundaria a *Candida parapsilosis* y *Candida albicans*, es más comúnmente vista en pacientes que se aplican drogas endovenosas o en sepsis por catéter. Se asocia a niveles de CD4 entre 250 a 500 CD4/mm³.

Sarcoma de Kaposi: Es un tumor maligno del mesenquima, la incidencia es alrededor del 24%. Alrededor del 20% de los pacientes con Sarcoma de Kaposi,

desarrollan lesiones conjuntivales, frecuentemente localizadas en el fornix y conjuntiva palpebral que consiste en una masa nodular rojiza ó violácea. Se asocia a niveles de CD4 entre 150 a 200 CD4/mm³.

Linfoma Burkitt: es una neoplasia que involucra la órbita en forma unilateral o bilateral, que puede invadir el globo ocular. A nivel palpebral se presenta un edema que parte desde infiltraciones de tejidos blandos de la órbita, en la conjuntiva es frecuente encontrar quemosis, a nivel corneal encontramos disminución de la sensibilidad, exposición corneal y frecuentemente ulceración.

La proptosis es el signo de presentación de esta patología. Se asocia a niveles de CD4 entre 150 a 200 CD4/mm³.

Herpes Zoster Oftalmico: Puede ser una manifestación inicial de SIDA. Se caracteriza por la erupción de un Rash vesicular sobre el trayecto de la división oftálmica del nervio trigémino.

La Conjuntivitis, Queratitis y la uveitis anterior son descubrimientos comúnmente asociados.

Variables de Confusión: Con respecto al tiempo de evolución de los niveles de CD4 se tomará en cuenta el valor al momento del diagnostico del SIDA y el valor al momento de la oftalmologica.

Todas las variables descritas serán medidas con base en los datos de agudeza visual, Biomicroscopia, valores de CD4 por mm³ datos codificados en la hoja de recolección de datos y se correlacionara el diagnostico con el estado sistémico del paciente.

VIII.- SELECCIÓN DE PACIENTES:

Todos los pacientes con SIDA valorados en el servicio de oftalmología del Centro Médico Nacional Siglo XXI a través del servicio de interconsulta entre Enero de 1993 a Diciembre de 1994. Con un tamaño aproximado de la muestra de 200 pacientes.

Se revisaran los expedientes clínicos que cuenten con historia clínica y examen completo. Se tabularan datos como edad del paciente, clasificación del SIDA, número de CD4, enfermedad sistémica concomitante y dentro de los datos oftalmológicos se tomará en cuenta agudeza visual y hallazgos en la biomicroscopia.

IX.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todos los expedientes de pacientes con SIDA y valoración oftalmológica completa.

Pacientes mayores de 16 años

Pacientes Masculinos y femeninos

Pacientes que cuenten con cifra de Linfocitos CD4

X.- CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN:

Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo I y II

Artritis Reumatoide

Síndrome de Sjögren

Pacientes con Hipertensión Arterial

Pacientes que hayan sufrido traumatismo ocular previo

Pacientes con enfermedades sistémicas autoinmunes como Espondilitis Anquilosante, Síndrome de Reiter, Artritis crónica juvenil, enfermedades de Behcet y Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada.

XI.- PROCEDIMIENTOS

Se tomará la información de SIMO sobre los expedientes de pacientes con SIDA detectados desde Enero de 1993 a Diciembre de 1994. Para tener la certeza de que el expediente cumple con los criterios de selección serán personalmente verificados por el autor.

XII.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para los valores obtenidos de afección ocular de las estructuras del segmento anterior por gérmenes oportunistas y neoplasias se obtendrán: frecuencias, las cuales se expresarán en porcentajes. Se realizará un análisis de regresión logarítmica simple el cual relacionará el valor de CD4 con la presencia o no de afección ocular.

XIII.- CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio propuesto no pone en juego la integridad del paciente, no hay nexo con el paciente ni interrogatorio o exploración directa.

XIV.- RECURSOS

Humano:

Médicos de base del Servicio de Oftalmología, residentes de Oftalmología y personal del archivo clínico.

Materiales:

Expedientes clínicos

Financieros:

Ninguno

Hoja de recolección de datos:

Número de pacientes:

Sexo:

A. Femenino

B. Masculino

Edad:

Tiempo de evolución del SIDA:

Clasificación del SIDA

Valores de CD4:

Al momento de revisión Oftalmología.

A. Mas de 500/mm³

B. a 500/mm³

C. a 250/mm³

D. a 150/mm³

E. Menos de 50/mm³

HALLAZGOS OFTALMOLOGICOS

Agudeza Visual:

Normal: 20/20

Buena: 20/25 a 20/40

Regular: 20/50 a 20/100

Deficiente: 20/200 a 20/400

Mala: Cuenta dedos a no percepción de luz.

ANEXOS OCULARES:

Proptosis:

A. Presente

B. Ausente

Párpados:

Edema

A. Presente

B. Ausente

Tumoración Nodular.

A. Presente

B. Ausente

Vesículas.

A. Presente

B. Ausente

Conjuntiva Palpebral:

Folículos

A. Presente

B. Ausente

Papilas.

A. Presente

B. Ausente

Secreción

A. Mucoide

B. Hialina

C. Filamentosa

D. Ausente

Tumoración nodular.

A. Presente

B. Ausente

Conjuntiva Bulbar:

Vasos.

A. Tortuoso y Dilatados

B. Tortuosos con dilataciones aneurismáticas

C. Normales

Hipoflagma

A. Presentes

B. Ausentes

Hiperemia.

A. Mixta

B. Simple

C. Ausente

Tumoración nodular.

A. Presente

B. Ausente

Lagrimas:

A. Buena calidad

B. Mala calidad

Cornea:

Erosiones Epiteliales.

A. Puntiformes

B. Dendritilas

C. Ausente

Edema.

A. Presente

B. Ausente

Infiltrados.

A. Presente

B. Ausente

Depósitos retroqueraticos.

A. Gruesos

B. Finos

C. Ausentes

Ulceración.

A. Presentación

B. Ausente

Neovascularización.

A. Presente

B. Ausente

Camara anterior:

Tyndall inflamatorio

A. Presente

B. Ausente

Diagnostico Oftalmologico:

Enfermedad Sistematica concomitante:

XV.-RESULTADOS

Se revisaron 50 expedientes de pacientes con SIDA y valorización oftalmologica completa, los cuales reunieron los criterios de inclusión para su estudio, del 1° de Enero de 1993 al 31 de Diciembre de 1994.

Del grupo de pacientes estudiados 36 correspondieron al sexo masculino (74%) y 14 al sexo femenino (26%). (Gráfica 1).

En relación al grupo de edad se encontró que un 36% correspondencia entre los 20 y 30 años de edad, entre los 30 y 40 años fue de un 57% y arriba de 40 años se presento un 7% (Gráfica 2)

Con respecto al tiempo de evolución del SIDA se tomo como parámetro el año del diagnostico de HIV +, encontrado que el 20% se diagnostico entre 1987 a 1989, el 60% correspondió entre 1990 a 1992 y el restante 20% entre 1993 y 1994. (Gráfica 3)

En cuanto a la clasificación del SIDA los pacientes se encontraron en las siguientes etapas: C1 (0%), C2 (36%), C3 (43%) y C4 (21%). (Gráfica 4)

Los valores CD4 que presentaron los pacientes correspondieron de la siguiente forma: CD4 Mayor de 500/mm³ correspondió un 11%, entre 250 a 500/mm³ un 28%, el 6% entre 150 a 200 /mm³, el 11% entre 75 a150 /mm³ y el 44% correspondió a CD4

por debajo de 50/mm³ (Gráfica 5).

En los antecedentes personales oftalmológicos predominaron los relacionados a errores de refracción, encontrando un 12% de pacientes con miopía, un 2% Hipermetropes y solo un 2% con antecedentes de conjuntivitis (Gráfica 6)

La fecha del examen oftalmológico, el 54% se realizó en 1993 y el 46% en 1994. (Gráfica 7).

En relación a la agudeza visual (AV) al momento del examen oftalmológico, los 100 ojos explorados presentaron los siguientes resultados: AV Normal 20/20 (Snellen) correspondió al 26%, AV Buena entre 20/25 a 20/40 fue de un 42%, la AV Regular comprendía entre 20/50 a 20/100, se encontró solo un 8%, una AV Deficiente abarcaba entre 20/200 a 20/400 representando un 13% y un 6% para la AV Mala que comprendía entre cuenta dedos a no percepción de luz. (Gráfica 8)

Las manifestaciones en anexos oculares predominó en Blefaroidema a la cual le correspondió un 8%, la nodular palpebral se presentó en el 1% y la proptosis y vesículas representó un 0% (Gráfica 9).

En la conjuntiva Bulbar se encontró manifestaciones vasculares en un 38% , Hiposfagma en un 20% y tumoración nodular en el 2%. Los pacientes con conjuntivitis manifiesta representó un 30% (Gráfica 10)

En manifestaciones corneales, se encontró queratitis en un 39%, Queratoconjuntivitis Sicca en un 27%, un 18% presentó depósitos Retroqueráticos, úlcera corneal en un 3% y un 3.5% tenían neovascularización corneal (Gráfica 11)

En cuanto a la cámara anterior se registro Tyndall Inflamatorio en un 34% de los pacientes . (Gráfica 12)

El Diagnostico Oftalmologico realizado al término de la exploración oftalmologica, fue el siguiente: Retinitis por HIV 24%, sanos 22%, Retinitis por CMV 20%, Conjuntivitis Folicular 6%, Retinitis por CMV más desprendimiento de Retina 2% y otros 24% (Gráfica 13).

La enfermedad Sistematica concomitante en estos pacientes fue muy variada, encontrándose las siguientes: Diarrea HIV 24%, Sx Febril 20%, CMV SNC 20%, ninguna 12%, CMV Sistemico 6%, Neumonía Neumocyst 6% y otros 12%.

XVI.- CONCLUSIONES

Las manifestaciones oculares mas frecuentemente en el segmento anterior de los pacientes con SIDA secundaria al VIH, fueron las siguientes: Queratitis 39%, Tyndall 34%, conjuntivitis 30%, Queratoconjuntivitis Sicca 27%, Depósitos Retroqueraticos 18%, Blefarocedema 8%, Neovascularización corneal 3.5%, úlceras corneal 3%, sarcoma de Kaposí 2%.

De las manifestaciones oculares secundarias a infección oportunista, predominaron de la siguiente forma: Tyndall Inflamatorio por CMV un 22%, conjuntivitis viral 10%, Queratoconjuntivitis Bacteriana 6% y úlceras corneal bacteriana 1%.

La neoplasia presente en las estructuras oculares de el segmento anterior fue el Sarcoma de Kaposí, registrado en dos pacientes, representando un 2% de la población estudiada. Las neoplasias se encontraron en el párpado y la conjuntiva Bulbar.

En cuanto al valor de los CD4, cuando estos se encontraron más disminuidos, el compromiso ocular era mayor en pacientes con CD4 por arriba de 500 mm₃ se encontró un 63% de ojos sanos, un 36% con vasculopatias para las conjuntivitis se encontró un 27%, Las Queratitis un 27%, Retinitis por HIV 9%, otros 1.8%. Pacientes con CD4 entre 250 a 500/mm₃ se encontró retinitis por HIV en un 42%, con vasculopatias 35%, sanos 35%, conjuntivitis un 21%, Queratitis 21% y otros 21%. Para los pacientes con CD4 entre 150 a 200/mm₃ predomino la retinitis por HIV en un 75%, vasculopatias 35%, con neovascularización corneal 25%,

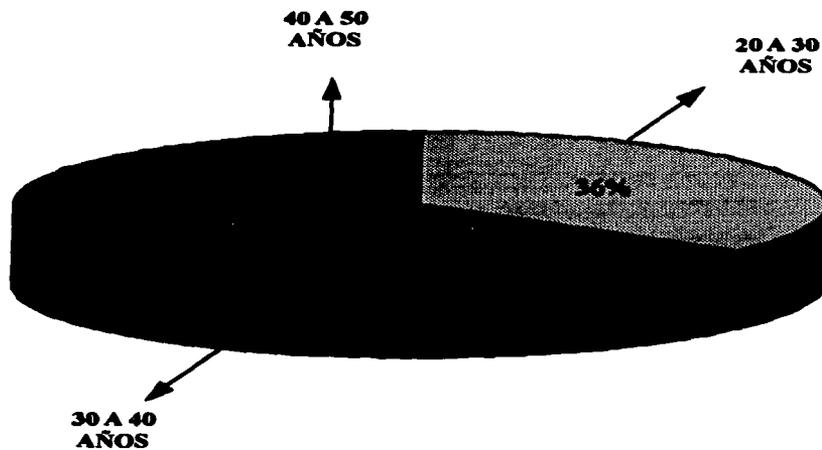
Neoplasias del tipo de sarcoma de Kaposi 12.5%, otros 10%. En relación a aquellos con CD4 entre 75 a 150 mm₃ tuvieron Retinitis por HIV 57%, con Queratitis 57%, Tyndall inflamatorio 42%, Retinitis por CMV 28% depósitos retroqueraticos 28% y otros 28%. Por último aquellos que son CD4 por debajo de 50 mm₃ prevalecio la retinitis por CMV en un 78%, Tyndall Inflamatorio 71%, Depósitos Retroqueraticos 42%, Queratoconjuntivitis 28%, Desprendimiento de Retina 7% úlcera corneal 7% y otros 7%.

XVII.- GRAFICAS

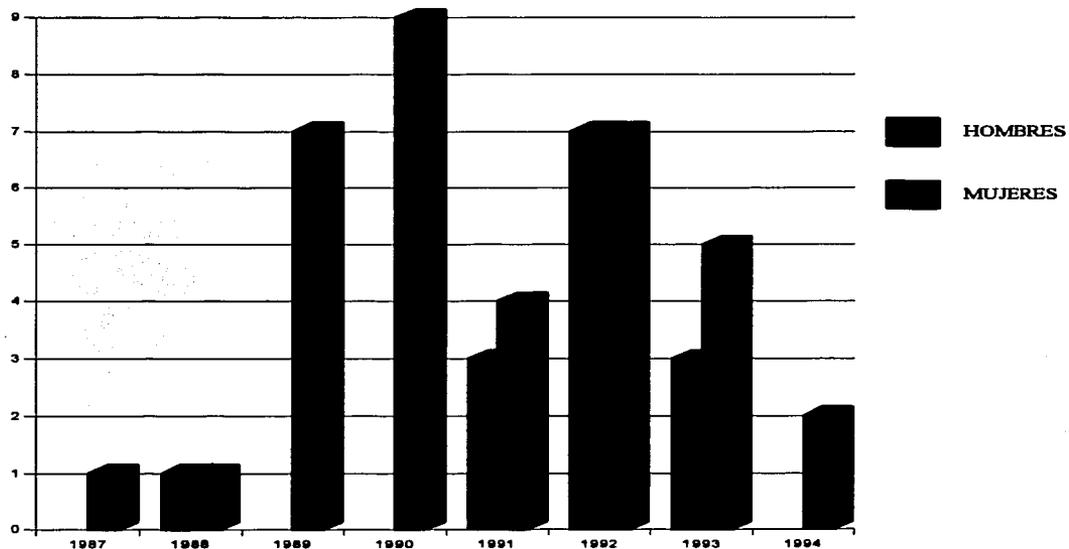
sexo



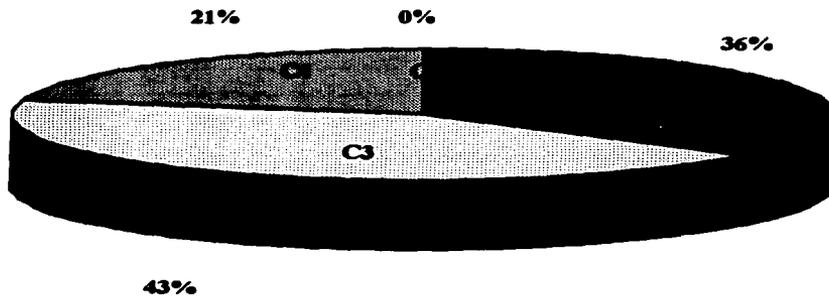
EDAD



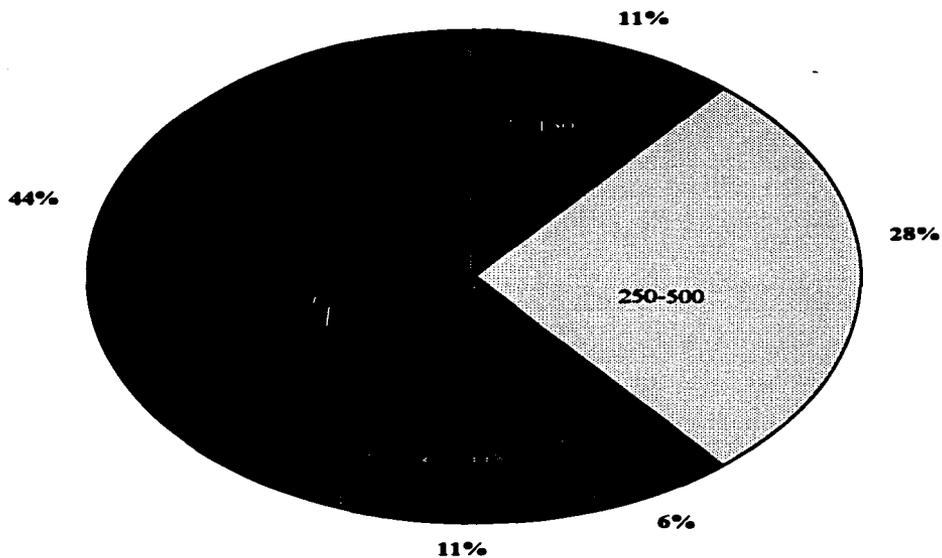
FECHA DE DIAGNOSTICO VIH +



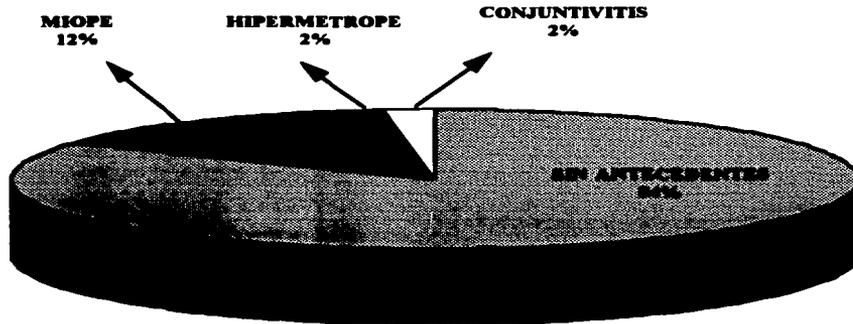
CLASIFICACION



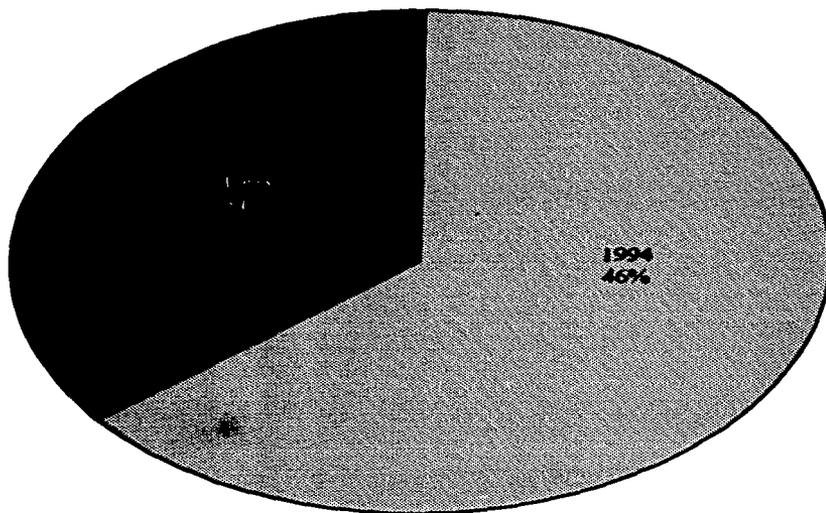
VALORES CD4



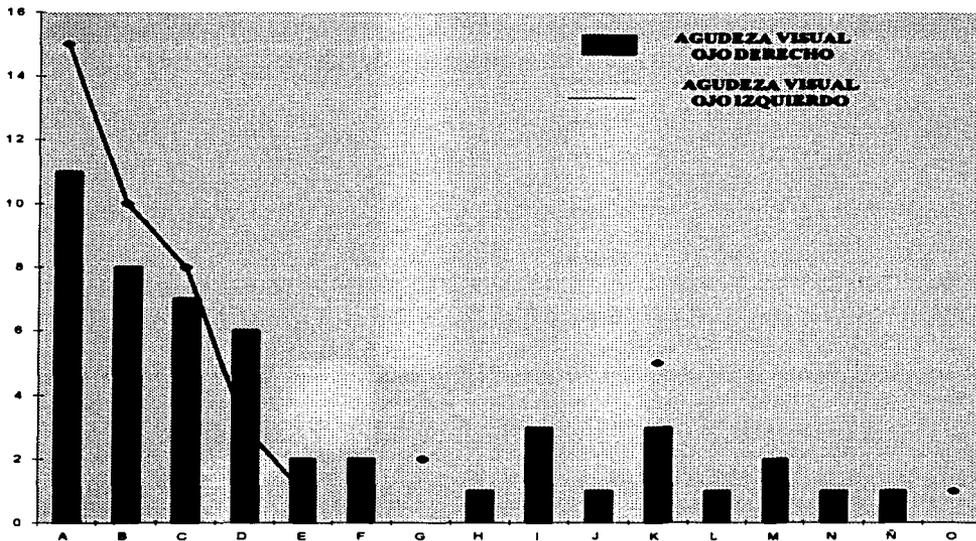
**ANTECEDENTES PERSONALES
OFTALMOLOGICOS**



FECHA DE EXAMEN OFTALMOLOGICO



HALLAZGOS OFTALMOLOGICOS

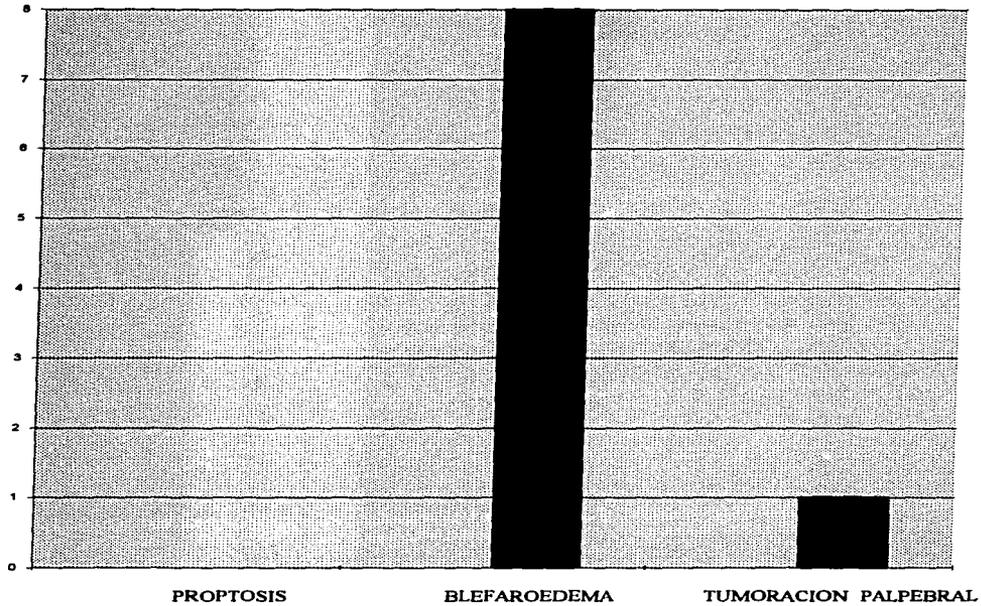


A 20/20
 B 20/25
 C 20/30
 D 20/40
 E 20/60

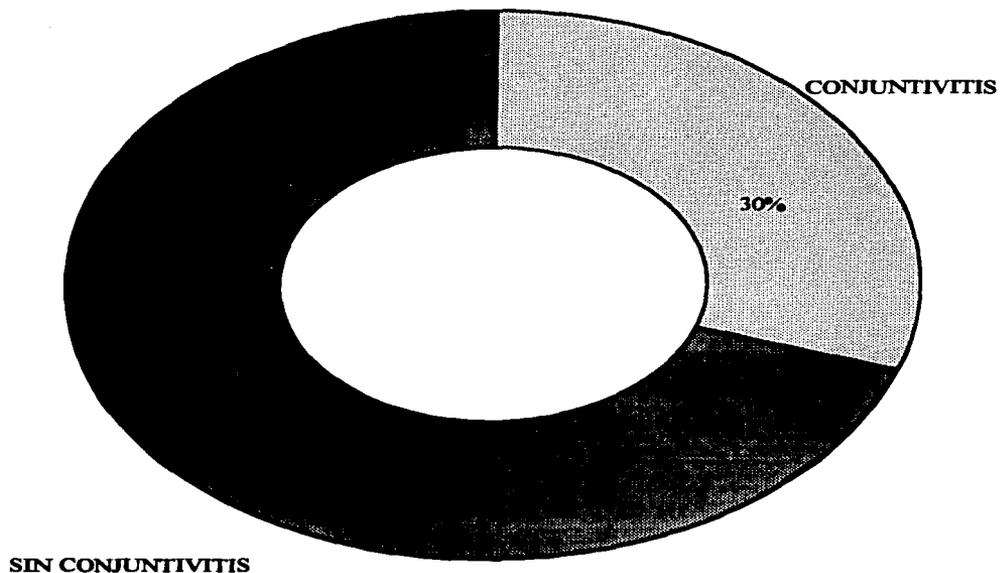
F 20/70
 G 20/80
 H 20/100
 i 20/200
 J 20/300

K 20/400
 L MM
 M CD 1MT
 N CD 5CM
 Ñ PL
 O 30CM

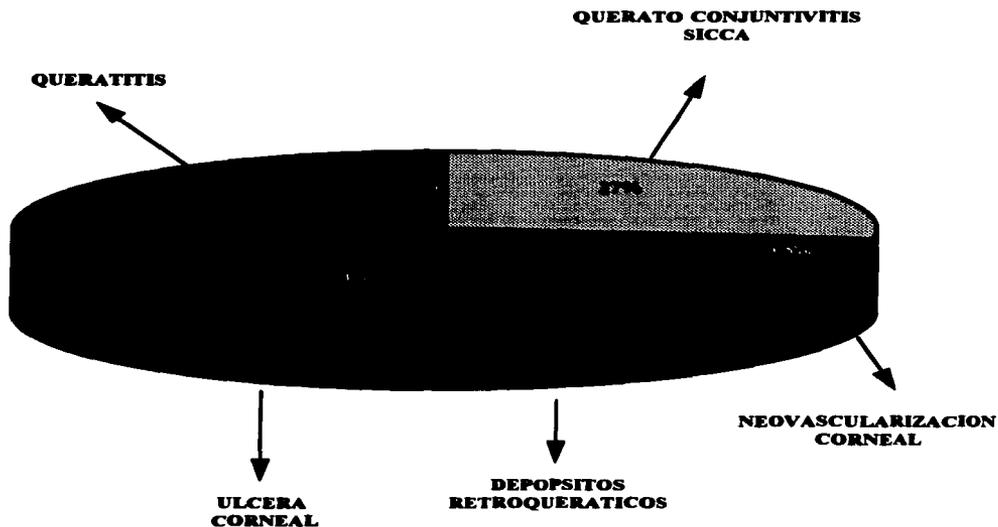
MANIFESTACIONES EN ANEXOS OCULARES



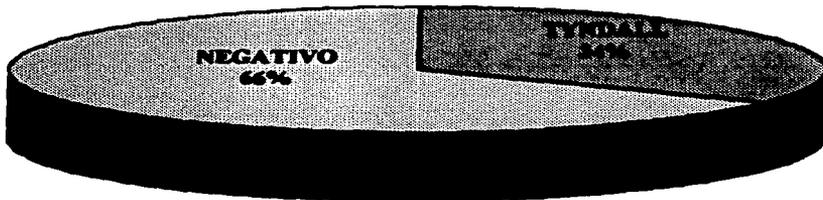
**MANIFESTACIONES EN
CONJUNTIVITIS**



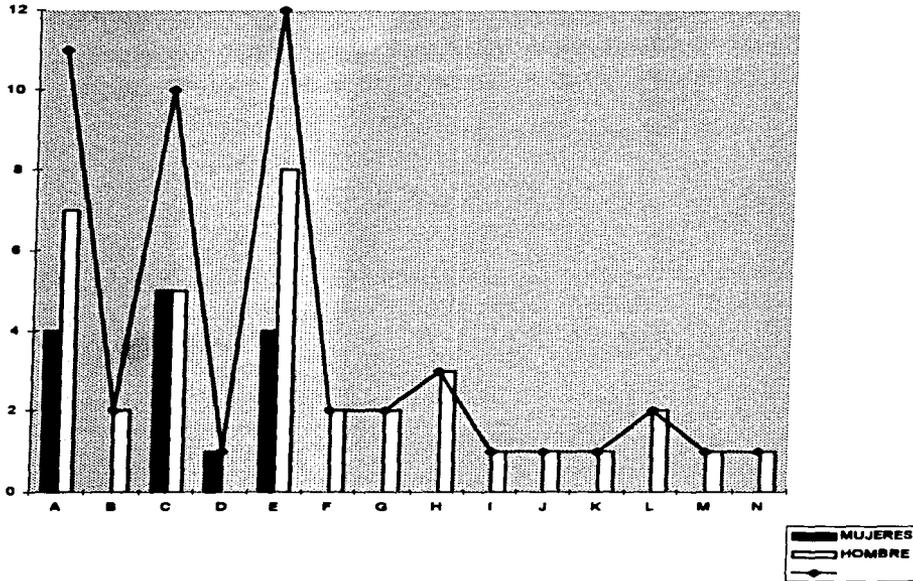
MANIFESTACIONES EN CORNEA



MANIFESTACIONES CAMARA ANTERIOR



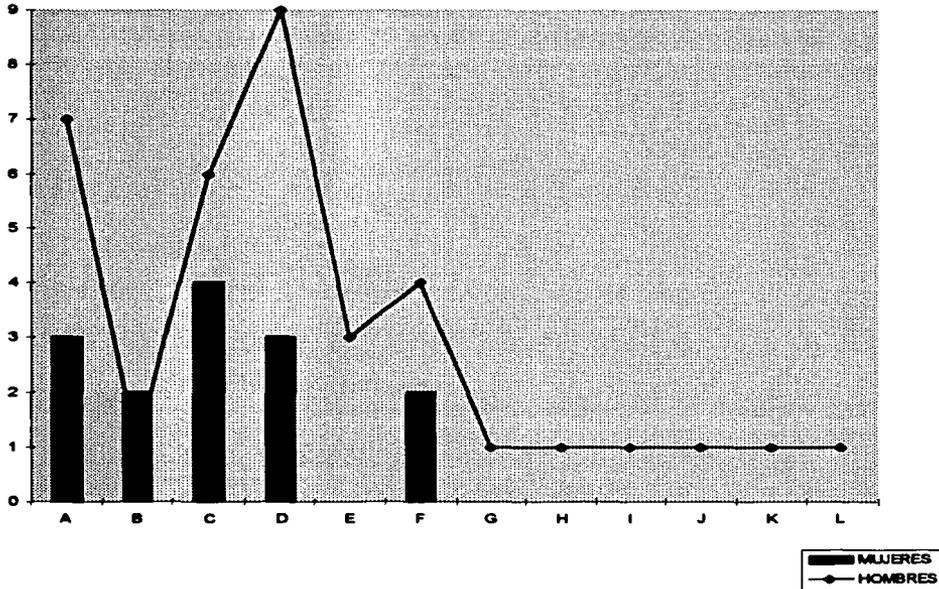
DIAGNOSTICO OFTALMOLOGICO



A SANA
B RETINITIS CMV DR
C RETINITIS CMV
D DR TRACCIONAL
E RETINITIS HIV
F QUERATO CONJUNTIVITIS

G SARCONA KAPOSI
H CONJUNTIVITIS FOLICULAR
I SANO MIOPE
K VASCULOPATIA CONJUNTIVAL
L CONJUNTIVITIS RETINITIS HIV
M CONJUNTIVITIS RETINITIS CMV
N AMETROPIA

ENFERMEDAD SISTEMICA



A Sx FEBRIL
B CMV SISTEMICO
C CMV SNC
D DIARREA HIV
E NEUMONIA NEUMOCYST
F NINGUNA
G MENINGITIS POR CMV

H LINF. NO HODKING
I MOLUSCO CONTAGIOSO
J TOXOPLASMOSIS
K COLITIS POR CMV
L ENTEROCOLITIS

XVIII.-REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- 1. Chang M., Van Der Horst, C.M. and Peiffer. RL. Clinicopathologic Correlation of ocular and neurological findings in aids: Case report. Am Ophthalmol 1986:18:105:111.**
- 2. Holland, G.N. Pepose, J.S. Pettit, T.H. ET AL: Acquired immune de ficiency syndrome ocular manifestations. Ophthalmology 1983: 90:857-873**
- 3. Salahuddin, S.Z., Palestine A.G., Heck E. el al: Insolation of the human T-cell Leukemia/Lymphotropic virus type III from the cornea . Am J. Ophthamology 1986: 101:149.**
- 4. Fujikawa L.S.Salahuddin S.Z., Ablashi D. et al: Human T.cell Leukemia Lymphotropic virus Type III in the conjuntival epithelium of a patient whit AIDS. Am J. Ophtalmology 1985: 100: 507**
- 5. Fujikawa L.S. Salahuddin S.Z., palestine, A.G., Et al: Isolation of Human T. lymphotropic virus type III from the tears of a patient whit the acquired immunodeficiency syndrome, Lancet 1985: 2: 529**
- 6. Cantrill, H.L. Herrny K., Jackson , BV et al: Recovery of human immunodeficiency virus from ocular Tissues in Patients whit acquired immunedeficiency syndrome.Ophthalmology 1988: 95:1458**
- 7. Pomernatz, R.J. Kuritzkes, D.R., de la monte, S..M. et al:Infeccion of the retina by human immunodeficiency virus Type Y. N. Engl J. Med. 1987:317: 1643.**

8. Qavi HB, Green Mt, Segall GK, et al : Demostratation of HIV-1 and HHV-6 in AIDS-Associated Retinitis. *Curr Eye Res* 1989;8:379
9. Srinivasan a, Kalyanaraman S, dutt K, et al: Isolation of HIV-1 from vitreous Humor am 1 *Ophthalmol* 1989;108:197
10. Pepose, J.S., Hilborne, L.H., Pascuale Ac, et al: Concurrent Herpes Simplex and Cytomegalovirus retinitis and encephalitis in the acquired immune deficiency syndrome 8(AIDS). *Ophthalmology* 1984: 91: 1669
11. Crowe S.M. Carlin J.B., Stewart KI, et al: Predictive value of Cd4 Lymphocyte Numbers for the Development of Opportunistic and Malignancies in HIV Infected Pesons. *J. Acquired Immune Deficiency Synfrome* 1991: 4: 770.
12. Phillips A.N. Lee C.A. Elford J, et al: Serial CD5 Lymphocyte Counts an Development of AIDS, *Lancet* 1991: 337: 389.
13. Freman W.R., Lernes C.W. mines J.A., et at: A Prospective Study of the Ophthalmologic Findigs in the Acquired Immune Deficiency Syndrome. *AM J Ophthalmol* 1984: 97:133.
14. Teich SA: Conjuntival Vascular Changes in AIDS and AIDS-Related Complex. *AM. J. Ophthalmol* 1987: 103:332.
15. Khadem M, Kalish SB, Goldsmith J, et al: Ophthalmologic Findingsin Alquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) *Arch Ophthalmol* 1984: 102:201.

16. Belfort R Jr, de Smet M, Whitcup SM, et al: Ocular Complications of Stevens Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis in Patients with AIDS. *Cornea* 1991;10:536.
17. Shuler JD, Engstrom R, Holland GN: External Ocular Disease and Anterior Segment Disorders Associated With AIDS. *Int Ophthalmol Clin* 1989; 29,98.
18. Center for Disease Control: Update: Acquired, Immunodeficiency Syndrome-United States. *MMWR*, 1986; 35:17
19. Shuler JD, Holland GN, Miles SA, et al: Kaposi Sarcoma of the Conjunctiva and Eyelids Associated with the Acquired Immune Deficiency Syndrome. *Arch Ophthalmol* 1989; 107: 858.
20. Herman DC, Palestine AG: Ocular Manifestations of Kaposi Sarcoma, *Ophthalmol Clin North Am* 1988;1 :73.
21. Bruce Ostler H: Burkitt's Lymphoma. *Diseases of the External Eye and Adnexa* 1993; 547:
22. Cole el, Meisler DM, Calabrese LH, et al: Herpes Zoster Ophthalmicus and Acquired Immune Deficiency Syndrome. *Arch Ophthalmol* 1984; 102:1027-1029.
23. Sandor Ev, Millman A, Croxson TS, et al: Herpes Zoster Ophthalmicus in Patients at Risk for the Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), *Am J Ophthalmol* 1986; 101:153-155
24. Cobo M, Foulks GN, Liesegang T, et al: Observations on the Natural History of Herpes Zoster Ophthalmicus. *Curr Eye* 1987; 6: 195-199.

25. Narsing A.R., David J.F., et al: Masquerade Syndromes and AIDS. The Uvea. 1992;9: 7.
26. Cole El, Meisler DM, Calabrese LLH, et al: Herpes Zoster Ophthalmicus and Acquired Immune Deficiency Syndrome. Arch Ophthalmol 1984; 102: 1027.
27. Sandor EV, Millman A, Croxson Ts, et al: Herpes Zoster Ophthalmicus in Patients at Risk for the Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS). AM J. Ophthalmol 1986: 101: 153.
28. Parrish CM, Oúday DM, Hoyle TC: Spontaneous Fungal Ulcer as an Ocular Manifestation of AIDS. AM J. Ophthalmol 1987;104:302.
29. Santos C, Parqker J, Dawson C, et al: Bilateral Fungal Corneal Ulcers in a Patient with AIDS-Related complex. AM J. Ophthalmol 1986: 102: 118.
30. Cochereau- Massin Y, Le Hoang P, Lautier -Frau M, et al: Ocular Toxoplasmosis in Human Immunodeficiency Virus-Infected Patients. AM J. Ophthalmol 1992: 114,130.
31. Chandler JW, Sugar J, et al: Keratitis and Endophthalmitis. External Diseases: Cornea, Conjunctiva, Sclera, Eyelids, Lacrimal System. 1994: 11.16-11.17.