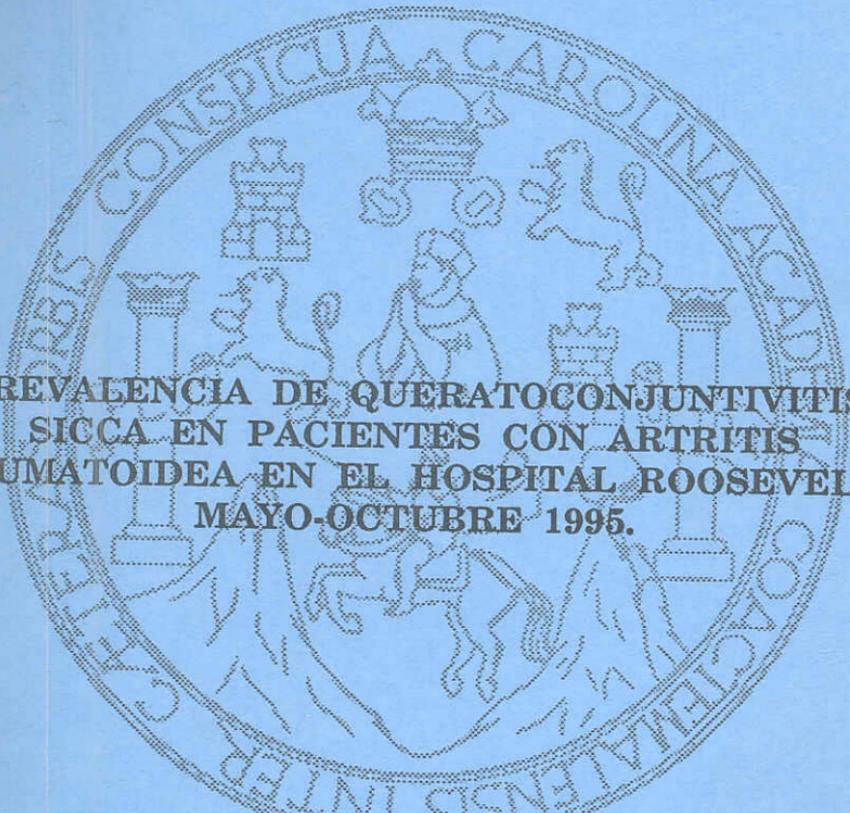


39
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
POST-GRADO DE OFTALMOLOGIA

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a circular emblem. It features a central shield with a seated figure, a lion, and a crown. The shield is surrounded by a circular border containing the Latin text "UNIVERSITAS SAN CAROLINI CONSPICUA CAROLINA ACADIA" at the top and "SACRAE THEOLOGIAE INTER AMERICANAENSIS INTER" at the bottom. The seal is rendered in a dotted, embossed style.

**PREVALENCIA DE QUERATOCONJUNTIVITIS
SICCA EN PACIENTES CON ARTRITIS
REUMATOIDEA EN EL HOSPITAL ROOSEVELT,
MAYO-OCTUBRE 1995.**

CAROL SOTO WIEGAND

MAGISTER SCIENTIFICAE EN OFTALMOLOGIA

INDICE

	Pág.
Introducción.....	1
Definición y Justificación del Problema.....	3
Objetivo.....	5
Revisión Bibliográfica.....	7
Definición de Variables.....	13
Metodología.....	15
Presentación de Resultados.....	17
Análisis y Discusión.....	25
Conclusiones.....	27
Recomendaciones.....	29
Resumen.....	31
Bibliografía.....	33
Anexo 1. Boleta de Recolección de Datos.....	35

INTRODUCCION

La Queratoconjuntivitis Sicca es una deficiencia específica componente acuoso de la película lagrimal, que resulta en cambios corneales y conjuntivales en el área interpalpebral expuesta.

De etiología multifactorial, se ha asociado a Artritis Reumatoide en un 15-25%. Clínicamente no puede diferenciarse de la originada por otras causas; pudiendo permanecer en estado asintomático por largo tiempo antes de producir síntomas oculares inespecíficos, siendo habitual en este momento en el que el paciente artrítico busca ayuda oftalmológica o es referido.

No existen estudios realizados en la población guatemalteca que nos indiquen la prevalencia y características de ésta patología, por lo que se decide realizar el presente estudio en pacientes con Artritis Reumatoidea atendidos en la Consulta Externa de Reumatología Hospital Roosevelt.

DEFINICION Y JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

En nuestro medio se desconoce la prevalencia de Querato conjuntivitis Sicca asociada a Artritis Reumatoidea, porque por lo general el paciente artrítico es manejado por un reumatólogo y es referido al oftalmólogo únicamente si refiere síntomas oculares inespecíficos.

Esencialmente el síndrome de ojo seco es una condición de producción disminuida de lágrima, en la que la conjuntiva y córnea pierden su brillo y aparece una queratoconjuntivitis punteada superficial en el área interpalpebral expuesta; puede ser secundario a una amplia variedad de causas y se ha asociado en un 15- 25% a artritis reumatoidea.

Por lo anterior se decide realizar el presente estudio, para determinar si en nuestro medio el porcentaje de población en riesgo es similar al reportado en la literatura extranjera.

OBJETIVO:

General:

Determinar la prevalencia y características de Queratoconjuntivitis Sicca en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoidea, atendidos en la Clínica de Consulta Externa de Reumatología del Hospital Roosevelt, durante un período de 6 meses.

QUERATOCONJUNTIVITIS SICCA

Es una deficiencia específica del componente acuoso de la película lagrimal, que resulta en cambios corneales y conjuntivales. (1, 3)

De etiología multifactorial, se ha asociado frecuentemente a las colagenopatías o enfermedades autoinmunes; aproximadamente 15 a 25% de los pacientes con artritis reumatoidea desarrollan el síndrome de ojo seco, entre los 30 - 60 años de edad, siendo las mujeres las más afectadas. (1, 3, 6, 7, 8)

FISIOPATOLOGIA:

La deficiencia de lágrima es secundaria a infiltración de la glándula lagrimal con linfocitos y células plasmáticas; áreas de infiltración mononuclear se asocian a degeneración focal de los acinos glandulares, la infiltración y atrofia aumentan, se forman islas mioepiteliales y eventualmente el tejido glandular es reemplazado por tejido conectivo. (1, 9)

Al disminuir la capa acuosa de la película lagrimal, la tasa de evaporación aumenta considerablemente resultando en resequedad crónica, apareciendo así una queratoconjuntivitis punteada superficial en el área interpalpebral expuesta. (1, 3, 5, 7, 8)

MANIFESTACIONES CLINICAS:

La queratoconjuntivitis sicca asociada a artritis reumatoidea no puede diferenciarse clínicamente de la originada por otras causas; puede permanecer en estado asintomático por largo período de tiempo. (1, 3, 7)

El paciente se queja de ardor, fotofobia, sensación de cuerpo extraño, enrojecimiento y ocasionalmente de descarga mucosa, incluso epífora. (1, 3, 7)

Los síntomas se exacerbaban al leer o efectuar tareas que requieran

rando al avanzar el día. (1, 3, 7)

Al examen con lámpara de hendidura se encuentra:

- Disminución del menisco lagrimal, de valor cuestionable al evaluar disfunción de la película lagrimal ya que depende de: frecuencia del parpadeo, ancho de la fisura palpebral, posición palpebral y distancia de las glándulas de Meibomio al globo ocular. (1, 3, 8)
- Aumento de debris y moco en la película lagrimal y en el fondo de saco conjuntival, por reducción del flujo lagrimal que limita la eliminación adecuada de éstos a través del punto lagrimal. (1, 3, 4, 8).
- Anomalías del epitelio corneal: puntos secos que aparecen como parches geográficos irregulares vistos con retroiluminación, en áreas donde la película lagrimal se rompe rápidamente, permitiendo la desecación del epitelio superficial que pierde sus microproyecciones y se descama, formando áreas de queratopatía punteada. (1, 3, 7, 8)
- Filamentos de tamaño variable, que se forman al adherirse moco a focos de células degeneradas del epitelio corneal; en la queratoconjuntivitis sicca característicamente se localizan en el tercio inferior de la córnea; el parpadeo produce dolor severo porque los filamentos están firmemente adheridos al epitelio ricamente innervado. (1, 3, 8)

TEST DIAGNOSTICOS

Después de la evaluación inicial pueden utilizarse varios tests siendo los más comunes: el Test de Schirmer, la tinción con rosa de bengala y el tiempo de rompimiento de lágrima. (1, 2, 3, 4, 5, 7, 8)

TEST DE SCHIRMER

A pesar de su notable variabilidad, continúa siendo el test más usado en el diagnóstico de ojo seco debido a que es simple, fácil de realizar y sin efectos secundarios. (3, 8)

Su objetivo es medir la secreción lagrimal total, por lo que no debe manipularse el ojo antes de ésta prueba, ni utilizar anestesia. (3, 5, 8)

Se utiliza una tira de papel filtro número 41 Whatman de 5 milímetros de ancho por 30 milímetros de largo, se dobla a 5 milímetros de uno de sus extremos y se coloca suavemente sobre el tercio externo de la conjuntiva palpebral inferior. El paciente mantiene los ojos abiertos, viendo hacia arriba y parpadeando normalmente, en una habitación poco iluminada. (1, 3, 5, 8)

A los 5 minutos se retiran las tiras y se mide la cantidad de humedad a partir del dobléz. Un paciente normal humedecerá de 10 a 30 milímetros en 5 minutos, esta cifra depende de la edad y disminuye después de los 60 años pero nunca es menor de 10 milímetros en 5 minutos. (1, 2, 3, 5, 7, 8)

Cantidades mayores de 30 milímetros pueden indicar lagrimeo reflejo intacto pero no controlado por lo que carece de valor diagnóstico. (1, 3)

Este test es de especial valor cuando da resultados bajos sin anestesia, documentando claramente disminución severa de la producción lagrimal. (1, 7, 8)

TIEMPO DE ROMPIMIENTO DE LAGRIMA:

Su objetivo es medir el tiempo durante el cual la película lagrimal permanece estable e intacta. (2, 8)

Se efectúa aplicando fluoresceína diluida en el fondo de saco inferior, se le pide al paciente que parpadee para distribuirla y luego, utilizando la lámpara de hendidura con luz azul de cobalto se le pide que mire hacia adelante. Se mide el tiempo en segundos entre el último parpadeo y el rompimiento de la película lagrimal manifestada como una mancha oscura dentro de la película de fluoresceína. (1, 2, 3, 8)

Se considera como normal 10 segundos o más; un tiempo menor indica inestabilidad significativa. (1, 3, 8)

TINCIÓN DE ROSA DE BENGALA:

La rosa de bengala es un colorante rojo derivado de la fluoresceína pero muy diferente a ésta; tiñe células epiteliales muertas y degeneradas, moco y filamentos. Su desventaja es la irritación al instalarla directamente, proporcional al daño epitelial y al tamaño de la gota, por lo que hay que colocar anestesia tópica previamente. (3, 7, 8)

El objetivo de ésta prueba es determinar indirectamente la presencia de un volumen lagrimal reducido a través de la detección de células epiteliales dañadas. (1, 3, 5, 7, 8)

Para realizarla se anestesia el ojo localmente con proparacaína al 0.5% y se instila en cada saco conjuntival una gota de rosa de bengala al 1%, luego con lámpara de hendidura se observa el patrón patognomónico que consiste en dos triángulos de tinción sobre la conjuntiva bulbar con sus bases en el limbo y en casos severos una banda a lo largo de la córnea que los une; ésta área corresponde a la superficie interpalpebral expuesta. (7, 8)

TRATAMIENTO:

No existe ningún tratamiento conocido que interrumpa o revierta en proceso patológico de fondo, por lo que es básicamente sintomático y va enfocado a:

- Reemplazar la lágrima con sustitutos, la mayoría contiene un agente polimérico como: alcohol polivinílico, metilcelulosa o dextrán para aumentar la viscosidad. La dosis se adecúa de acuerdo a la sintomatología. (1, 3, 7, 8)

Los ungüentos a base de petrolato alivian los síntomas mediante lubricación pero interfieren con la visión por lo que son recomendables solo para la noche. (1)

- Disminuir el drenaje lagrimal mediante la oclusión temporal o definitiva de los puntos lagrimales, ésto en casos severos o en pacientes que no se alivian con el uso frecuente de lágrimas artificiales. La principal complicación es epífora que puede ser prevenida limitando el procedimiento a pacientes con Schirmer menor de 3 milímetros y colocando tapones temporales de si-

licón o colágeno como prueba. (1, 3, 4, 6, 7, 8)

Tratamiento de los problemas locales asociados: antibióticos, colgajos conjuntivales, queratoplastia penetrante o lente de contacto terapéutico. (1, 3, 6, 7, 8)

COMPLICACIONES:

Pueden darse a pesar del tratamiento por lo que siempre hay que tenerlas en cuenta.

- Conjuntivitis y Blefaritis: por la pérdida de los mecanismos de defensa dados por el flujo normal de la lágrima y sus componentes bactericidas, las infecciones son más comunes en pacientes con ojo seco, particularmente debidas a *Staphylococcus Aureus*. (1, 3, 7, 8)

- Ulcera corneal marginal: adelgazamiento y perforación pueden complicar la queratoconjuntivitis sicca particularmente en presencia de artritis reumatoidea. El área adelgazada usualmente es inferior, periférica y superficial, a menudo asociada a leve inflamación conjuntival, no vascularizada y con el epitelio corneal intacto. La mayoría no progresan pero a veces se forma un descemetocèle que puede perforarse. (1, 3, 7, 8)

La patogenia de ésta se desconoce pero pudiera ser similar a la de la enfermedad articular en los pacientes con artritis reumatoidea. (8, 9).

DEFINICION DE VARIABLES

CONCEPTUAL:

1. **Artritis Reumatoidea:** trastorno inflamatorio, autoinmune, multisistémico, que afecta las articulaciones primariamente.
2. **Sexo:** estado natural de masculino o femenino.
3. **Edad:** tiempo en años transcurrido desde el nacimiento.
4. **Lágrima:** porción acuosa de la película lagrimal, producida por la glándula lagrimal principal y las glándulas lagrimales accesorias.
5. **Tiempo de rompimiento de lágrima:** tiempo en el que el ojo puede permanecer abierto, antes de que se rompa espontáneamente la película lagrimal.
6. **Daño epitelial:** queratoconjuntivitis punteada superficial inferior, particularmente en el área interpalpebral expuesta.
7. **Síntomas oculares:** referidos por el paciente.
 - a. **Ardor:** sensación de calor intenso.
 - b. **Congestión conjuntival:** acumulación excesiva de sangre en vasos conjuntivales.
 - c. **Fotofobia:** intolerancia anormal a la luz.
8. **Complicaciones oculares:** hallazgos durante la evaluación con lámpara de hendidura.
 - a. **Conjuntivitis:** inflamación de la conjuntiva de tipo infeccioso.
 - b. **Blefaritis:** inflamación de los bordes palpebrales de tipo infeccioso.
 - c. **Úlcera corneal marginal:** adelgazamiento corneal inferior, periférico, superficial, con leve inflamación conjuntival y epitelio corneal intacto.

OPERACIONAL:

1. **Artritis reumatoidea:** diagnóstico clínico y factor reumatoideo positivo.
2. **Sexo:** masculino o femenino.
3. **Edad:** edad en años referida por el paciente.
4. **Lágrima:** cantidad de lágrima en mm./5min., medida con el test de Schirmer.
5. **Tiempo de rompimiento de lágrima:** tiempo en segundos, transcurrido desde un parpadeo hasta el aparecimiento de una mancha oscura que indica el rompimiento de la película lagrimal teñida con fluoresceína, evaluada con lámpara de hendidura y luz azul de cobalto.
6. **Daño epitelial:** grado de tinción epitelial queratoconjuntival con rosa de bengala, evaluada con lámpara de hendidura.
7. **Síntomas oculares:** referidos por el paciente.
8. **Complicaciones oculares:** hallazgos durante la evaluación con lámpara de hendidura.

ESCALA Y UNIDAD DE MEDICION:

1. **Artritis reumatoidea:** escala nominal.
2. **Sexo:** escala nominal.
3. **Edad:** escala de razón.
4. **Lágrima:** escala continua.
5. **Tiempo de rompimiento de lágrima:** escala continua.
6. **Daño epitelial:** escala ordinal.
7. **Síntomas oculares:** escala nominal.
8. **Complicaciones oculares:** escala nominal.

METODOLOGIA

Entraron al estudio 50 pacientes con diagnóstico de artritis reumatoidea atendidos en la clínica de consulta externa de Reumatología del Hospital Roosevelt, durante los meses de mayo a octubre de 1995.

Cada paciente fue evaluado una sola vez por el investigador en el Departamento de Oftalmología, sin tomar en cuenta si era primera consulta o reconsulta, el uso de medicamentos ni el tiempo de evolución de la enfermedad. En cada ojo se realizó el test de Schirmer, tiempo de rompimiento de lágrima y tinción con rosa de bengala.

Los resultados obtenidos se anotaron en una boleta diseñada para tal fin y posteriormente fueron tabulados en computadora, con el programa EPI INFO del CICS, para determinar la prevalencia de queratoconjuntivitis sicca en pacientes con artritis reumatoidea, sexo y grupo etáreo más afectado así como síntomas y complicaciones asociadas.

El diagnóstico de queratoconjuntivitis sicca se hizo en base a los siguientes criterios:

- Test de Schirmer menor de 10mm/5min.
- Tiempo de rompimiento de lágrima menor de 10 segundos.
- Presencia de daño epitelial: leve si únicamente había tinción en conjuntiva bulbar nasal o temporal expuesta; moderado si había tinción en conjuntiva bulbar nasal y temporal expuesta y, severo si además de lo anterior había tinción corneal en el área interpalpebral expuesta.

CUADRO 1

Prevalencia de Queratoconjuntivitis Sicca en pacientes con Artritis Reumatoidea. Hospital Roosevelt, mayo - octubre 1995.
Distribución por edad y diagnóstico.

Edad Años	Pacientes				Total
	sin QCS		con QCS		
	F	%	F	%	
21 - 30	4	11.42	1	6.67	5
31 - 40	6	17.14	5	33.33	11
41 - 50	12	34.29	4	26.66	16
51 - 60	9	25.71	3	20.00	12
61 - 70	3	8.57	1	6.67	4
71 - 80	1	2.86	1	6.67	2
Total	35	100	15	100	50

Fuente: Boleta de recolección de datos.

En este cuadro se observa que de los 15 pacientes con Queratoconjuntivitis Sicca, el 80% estuvo comprendido entre los 30-60 años de edad.

CUADRO 2

Prevalencia de Queratoconjuntivitis Sicca en pacientes con Artritis Reumatoidea. Hospital Roosevelt, mayo-octubre 1995.
Distribución por sexo y diagnóstico.

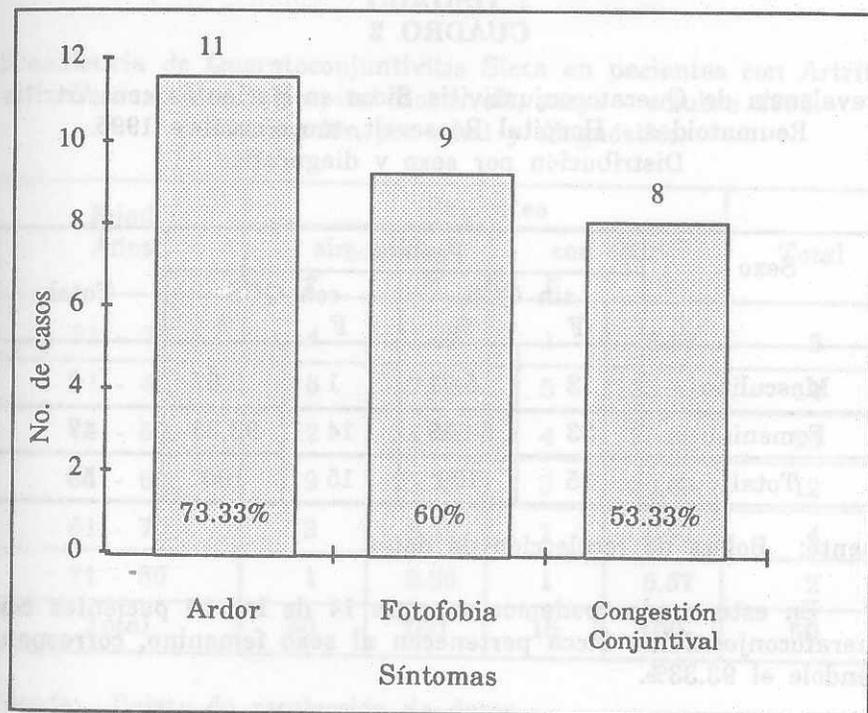
Sexo	Pacientes				Total
	sin QCS		con QCS		
	F	%	F	%	
Masculino	2	5.71	1	6.67	3
Femenino	33	94.29	14	93.33	47
Total	35	100	15	100	50

Fuente: Boleta de recolección de datos.

En este cuadro podemos ver que 14 de los 15 pacientes con Queratoconjuntivitis Sicca pertenecen al sexo femenino, correspondiéndole el 93.33%.

GRAFICA 1

Prevalencia de Queraconjuntivitis Sicca en pacientes con Artritis Reumatoidea. Hospital Roosevelt, mayo-octubre 1995.
Síntomas en pacientes con QCS



Fuente: Boleta de recolección de datos.

Esta gráfica nos muestra la frecuencia de síntomas oculares en pacientes con Queraconjuntivitis Sicca. El ardor se presentó en un 73.33%, seguido de fotofobia con 60%, por último solo el 53.33% de los 15 pacientes reportó congestión conjuntival.

CUADRO 3

Prevalencia de Queraconjuntivitis Sicca en pacientes con Artritis Reumatoidea. Hospital Roosevelt, mayo-octubre 1995.
Test de Schirmer

Schirmer mm./5min	Ojo der.		Ojo izq.	
	f	%	f	%
1 - 10	18	36	18	36
11 - 20	27	54	26	52
21 - 30	5	10	6	12
Total	50	100	50	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Del total de pacientes con Artritis Reumatoidea estudiados, 18 presentaron disminución de la secreción lagrimal, lo cual corresponde al 36%.

GRÁFICA 1

Prevalencia de Queratoconjuntivitis Sicca en pacientes con Artritis Reumatoidea. Hospital Roosevelt, mayo-octubre 1995. Distribución en pacientes con QCS

CUADRO 4

Prevalencia de Queratoconjuntivitis Sicca en pacientes con Artritis Reumatoidea. Hospital Roosevelt, mayo-octubre 1995. Tiempo de Rompimiento de Lágrima (BUT)

BUT seg.	Ojo der.		Ojo izq.	
	f	%	f	%
1 - 10	14	28	14	28
10 - 20	36	72	36	72
Total	50	100	50	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Este cuadro nos muestra que el tiempo de rompimiento de lágrima estuvo disminuido en 14 de los 50 pacientes, lo cual corresponde al 28% del total de casos.

CUADRO 5

Prevalencia de Queratoconjuntivitis Sicca en pacientes con Artritis Reumatoidea. Hospital Roosevelt, mayo-octubre 1995. Daño Epitelial

Daño Epitelial Tinción con rosa de bengala	Ojo der.		Ojo izq.	
	f	%	f	%
Leve	10	20	10	20
Moderado	3	6	3	6
Severo	2	4	2	4
Ausente	35	70	35	70
Total	50	100	50	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

En este cuadro se observa que de los 50 pacientes estudiados, 15 de ellos (30%) presentaron daño epitelial que varió de leve a severo.

CUADRO 6

Prevalencia de Queraconjuntivitis Sicca en pacientes con Artritis Reumatoidea. Hospital Roosevelt, mayo-octubre 1995.
Complicaciones en pacientes con QCS.

Complicaciones	Ausencia		Presencia		Total
	F	%	F	%	
Conjuntivitis	13	86.67	2	13.33	15
Blefaritis	13	86.67	2	13.33	15
Úlcera Marginal	13	86.67	2	13.33	15

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Este cuadro muestra que cada una de las complicaciones oculares esperadas en pacientes con Queratoconjuntivitis Sicca se presentó en dos casos correspondiéndoles un 13.33%.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

La queratoconjuntivitis sicca, caracterizada por deficiencia del componente acuoso de la película lagrimal, se ha asociado en un 15-25% a artritis reumatoidea, en pacientes entre los 30-60 años de edad, en su mayoría mujeres. (1, 3, 7, 8)

Los síntomas son inespecíficos y clínicamente no pueden diferenciarse de la originada por otras causas; a pesar del tratamiento pueden presentarse complicaciones como conjuntivitis, blefaritis y úlcera corneal marginal; la patogenia de ésta última se desconoce pero pudiera ser similar a la de los cambios articulares. (1, 3, 5, 7, 8, 9)

Este estudio demostró una prevalencia del 30%, ligeramente mayor a la esperada, lo cual puede deberse a que se estudió una población pequeña compuesta por pacientes con artritis reumatoidea que acudieron a la consulta externa de Reumatología del Hospital Roosevelt en 6 meses.

Se observó además que el 80% de los pacientes con artritis reumatoidea y queratoconjuntivitis sicca se encontraban entre los 30-60 años de edad y que el 93.33% de éstos pertenecían al sexo femenino, coincidiendo con lo escrito anteriormente.

La mayoría de pacientes reportó síntomas solos o asociados, siendo el ardor ocular el más frecuente, correspondiéndole el 73.33% de los casos, lo cual ayuda a que se busque evaluación oftalmológica tempranamente.

El test de Schirmer se encontró bajo en 3 pacientes como único hallazgo, posiblemente desarrollarán queratoconjuntivitis en el futuro por lo que se inició tratamiento profiláctico con lágrimas artificiales.

En cuanto al daño epitelial se encontró que solo en 2 de 15 pacientes fue severo, a pesar de encontrarse ambos bajo tratamiento.

Cada una de las complicaciones oculares secundarias a queratoconjuntivitis sicca en este estudio se presentaron en 2 casos, solas o asociadas, correspondiéndoles un 13.33% lo cual es bajo.

Finalmente por lo demostrado en éste estudio, se sugiere que todo paciente con artritis reumatoidea tenga por lo menos una evaluación oftalmológica anual.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

La queratoconjuntivitis sicca, caracterizada por deficiencia del componente acuoso de la película lagrimal, se ha asociado en un 30% a artritis reumatoidea, en pacientes entre los 30-60 años de edad, en su mayoría mujeres (1, 5, 7, 8).

Los síntomas son inespecíficos y efímeros no pueden ser explicados por la etiología por otros causas a pesar del tratamiento pueden presentarse complicaciones como conjuntivitis, blefaritis y otros. El diagnóstico diferencial se debe hacer con otros cuadros que presenten síntomas similares a los de los cambios artríticos (1, 5, 7, 8).

Una vez establecido el diagnóstico de queratoconjuntivitis sicca, se debe tratar de forma adecuada para evitar complicaciones y mejorar la calidad de vida del paciente. En el presente estudio se observó que el 30% de los pacientes con artritis reumatoidea y queratoconjuntivitis sicca se asociaron entre los 30-60 años de edad y que el 93.33% de ellos presentaron el factor reumatoideo positivo.

La mayoría de los pacientes reportaron síntomas de ardor, dolor, lagrimeo y fotofobia, lo cual ayuda a que se pueda establecer el diagnóstico diferencial con otros cuadros que presenten síntomas similares. En cuanto al daño epitelial se encontró que solo en 2 de 15 pacientes fue severo, a pesar de asociarse antes de ser tratados. Cada una de las complicaciones oculares asociadas a queratoconjuntivitis sicca en este estudio se presentaron en 2 casos, artritis reumatoidea y queratoconjuntivitis sicca en 13.33% de los casos.

Finalmente por lo demostrado en este estudio se sugiere que todo paciente con artritis reumatoidea debe ser evaluado por un especialista en oftalmología.

CONCLUSIONES

1. La prevalencia de queratoconjuntivitis sicca en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoidea, atendidos en la clínica de consulta externa de Reumatología del Hospital Roosevelt durante mayo a octubre de 1995 fue del 30%.
2. El sexo femenino y el grupo etáreo comprendido entre los 30-60 años fueron los más afectados.
3. El 93.33% de los pacientes con artritis reumatoidea y queratoconjuntivitis sicca presentaron factor reumatoideo positivo.
4. El síntoma ocular más frecuentemente asociado a queratoconjuntivitis sicca en pacientes con artritis reumatoidea fue el ardor, seguido en orden de frecuencia por congestión conjuntival y fotofobia.
5. Las complicaciones oculares asociadas a queratoconjuntivitis sicca en pacientes con artritis reumatoidea son raras, presentándose en un 13.33% de los casos.

CONCLUSIONES

1. La prevalencia de queratoconjuntivitis sicca en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoidea atendidos en la clínica de consulta externa de Reumatología del Hospital Roosevelt durante el mes de octubre de 1978 fue del 30%.
2. El sexo femenino y el grupo etario comprendido entre los 50 y 60 años fueron los más afectados.
3. El 63.3% de los pacientes con artritis reumatoidea y queratoconjuntivitis sicca presentaron factor reumatoideo positivo.
4. El sistema ocular más frecuentemente afectado a queratoconjuntivitis sicca en pacientes con artritis reumatoidea fue el de tipo seco seguido en orden de frecuencia por congestión conjuntival y fotofobia.
5. Las complicaciones oculares asociadas a queratoconjuntivitis sicca en pacientes con artritis reumatoidea son raras presentándose en un 13.3% de los casos.

RECOMENDACIONES

1. Promover la evaluación oftalmológica anual en todo paciente con diagnóstico de artritis reumatoidea atendido en la clínica de consulta externa de Reumatología del Hospital Roosevelt.
2. Promover la formación de grupos de apoyo para los pacientes con queratoconjuntivitis sicca secundaria a artritis reumatoidea, involucrando personal de ambos departamentos logrando así un mejor tratamiento y detección temprana de complicaciones.

RESUMEN

El presente estudio se realizó en 50 pacientes con diagnóstico de artritis reumatoidea atendidos en la clínica de consulta externa de Reumatología del Hospital Roosevelt, durante los meses de mayo a octubre de 1995, con el objeto de determinar la prevalencia y características de queratoconjuntivitis sicca secundaria a ésta colagenopatía.

El diagnóstico de queratoconjuntivitis sicca se hizo en base al test de Schirmer, tiempo de rompimiento lagrimal y tinción con rosa de bengala, 15 de los 50 pacientes resultaron afectados, lo cual da una prevalencia del 30%, ligeramente mayor a la reportada en el extranjero (15-25%).

El sexo femenino y el grupo etáreo comprendido entre los 30-60 años fueron los más afectados, correspondiéndoles el 93.33% y 80% respectivamente.

El principal síntoma asociado a queratoconjuntivitis sicca en el grupo estudiado fue el ardor ocular, que se presentó en un 73.33% de los casos.

El porcentaje para cada una de las complicaciones esperadas fue bajo: 13.33%. Dos pacientes presentaron úlcera corneal marginal mientras que otros 3 presentaron conjuntivitis y o blefaritis.

BIBLIOGRAFIA

1. Arffa, R. GRAYSON'S DISEASES OF THE CORNEA. Third Ed. St Louis, Mosby Year Book Inc. 1991. pp 310-319, 460-466.
2. Hart, W. ADLER'S PHYSIOLOGY OF THE EYE: Clinical Application. Ninth Ed. St Louis, Mosby Year Book Inc. 1992. pp 18-30.
3. Leibowitz, H. CORNEAL DISORDERS: Clinical Diagnosis and Management. Philadelphia, W. B. Saunders Company. 1984. pp 242-243, 445-465.
4. Milder, B. THE LACRIMAL SYSTEM. Connecticut, Appleton-Century- Crofts. 1983. pp 49-51, 117-123.
5. O'Day, D. et al. EXTERNAL DISEASE AND CORNEA. Ophthalmology Basic and Clinical Science Course. San Francisco, American Academy of Ophthalmology. 1981. pp 136-138.
6. Pavan-Langston, D. MANUAL OF OCULAR DIAGNOSIS AND THERAPY. Third Ed. Boston, Little Brown. 1991. pp. 16-17, 102-104.
7. Peyman, G. et. al. PRINCIPLES AND PRACTICE OF OPHTHALMOLOGY. Vol. 1. Philadelphia, W. B. Saunders Company. 1980. pp 446-450.
8. Smolin, G. and Thoft, R. THE CORNEA: Scientific Foundations and Clinical Practice. Third Ed. Boston, Little Brown. 1994. pp 439-481.
9. Spencer, W. OPHTHALMIC PATHOLOGY: An Atlas and Textbook. Vol. 1. Philadelphia, W. B. Saunders Company. 1985. pp. 303.

ANEXO 1

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS PREVALENCIA DE QUERATOCONJUNTIVITIS SICCA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Nombre: _____ Edad: _____

No. de Registro: _____ Sexo: _____

Factor Reumatoideo: Positivo: _____ Negativo: _____

SINTOMAS:

a. Ardor: _____ b. Congestión conjuntival: _____
Si - No Si - No

c. Fotofobia: _____
Si - No

Schirmer: OD _____ mm./5min.

OS _____ mm./5min.

Tiempo de rompimiento de lágrima (BUT): OD: _____ seg.

OS: _____ seg.

Daño Epitelial: OD: No _____ Leve _____ Moderado _____ Severo _____

OS: No _____ Leve _____ Moderado _____ Severo _____

COMPLICACIONES:

a. Conjuntivitis _____ b. Blefaritis: _____
Si - no Si - no

c. Ulcera marginal: _____
Si - no

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS
PREVALENCIA DE GUARATOGONIMINUS SICCA
EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

ANEXO 1

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

INGRESADO

ASESOR

REVISOR

Dr. Carlos Manuel Portocarrero Herrera
Coordinador Postgrado en Oftalmología
Hospital Roosevelt, Fase IV
Facultad de Ciencias Médicas, USAC

Dra. Hrisa Y. Flores de Romo
Coordinadora Area de Investigación
Hospital Roosevelt, Fase IV
Facultad de Ciencias Médicas, USAC

Dr. Luis Felipe García Ruano
Coordinador General del Programa de
Especialidades, Fase IV
Facultad de Ciencias Médicas, USAC

Dr. Mario Alvarado Flores
Director de Fase IV
Facultad de Ciencias Médicas, USAC

Dr. Raúl Alcides Castillo Rodas
Director del Centro de Investigación
de las Ciencias de la Salud - CICS
Facultad de Ciencias Médicas, USAC

Dr. Erick Arnoldo Flores Meyer
Secretario
Facultad de Ciencias Médicas, USAC

Dr. Edgar Axel Oliva Guzmán
Decano
Facultad de Ciencias Médicas, USAC

