

Rehabilitación protésica en defecto ocular provocado por herpes zóster

Prosthetic Rehabilitation in Ocular Defect Caused by Herpes Zoster

Isidro de Jesús Nápoles González^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-4365-3162>

Ana María Nápoles Salas² <https://orcid.org/0000-0003-1071-6208>

Osdany Cancio Lezcano³ <https://orcid.org/0000-0002-0074-2747>

¹Policlínico Universitario Julio Antonio Mella. Camagüey, Cuba.

²Hospital Militar Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja. Camagüey, Cuba.

³Universidad de Ciencias Médicas. Sancti Spíritus, Cuba.

*Autor para la correspondencia: isidro.cmw@infomed.sld.cu

RESUMEN

El herpes zóster es el cuadro clínico constituido por las manifestaciones dermatológicas (erupción vesiculosa) y neurológica (dolor). Es la expresión de la recurrencia del virus varicela-zóster latente en los ganglios sensitivos, su aparición se favorece por el envejecimiento y la inmunosupresión con una prevalencia que se estima en un 20 %. Se describe los pasos clínicos para la confección de una prótesis ocular en el mejoramiento estético a un paciente con defecto ocular en ojo izquierdo provocado por herpes zoster. Se trata de un paciente masculino de piel blanca de 50 años de edad, que acudió a la consulta de prótesis del Policlínico Universitario Julio Antonio Mella de la provincia Camagüey remitido del Servicio de Oculoplastia del Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech con diagnóstico de defecto ocular izquierdo por

evisceración como consecuencias de infección por herpes zoster y antecedente de inmunodepresión. El paciente expuso que la pérdida ocular fue por las complicaciones que se fueron sucediendo en la medida que se agravó su cuadro clínico. Además, refirió que presentaba dolor en la zona y que le irradiaba a la cabeza y que le preocupaba su estética. Se determinó la elaboración de una prótesis ocular acrílica para mejorar el aspecto estético, lo cual permitió que el paciente mejorara su autoestima y calidad de vida.

Palabras clave: herpes zóster; varicela-zóster, defectos oculares; enfermedades oculares; prótesis ocular.

ABSTRACT

Herpes zoster is the clinical picture constituted by dermatological (vesicular rash) and neurological (pain) manifestations. It is the expression of the recurrence of the latent varicella-zoster virus in the sensitive ganglia, its appearance is favored by aging and immunosuppression with a prevalence estimated at 20%. We describe the clinical steps for the fabrication of an ocular prosthesis for the aesthetic improvement of a patient with ocular defect in the left eye caused by herpes zoster. This is a 50-year-old male patient with white skin, who came to the prosthesis consultation of the Julio Antonio Mella University Polyclinic in Camagüey province, referred from the Oculoplasty Service of the Manuel Ascunce Domenech University Hospital with a diagnosis of left ocular defect due to evisceration as a consequence of herpes zoster infection and a history of immunosuppression. The patient explained that the ocular loss was due to the complications that occurred as his clinical condition worsened. In addition, he reported that he had pain in the area that radiated to the head and that he was concerned about his esthetics. It was decided to make an acrylic ocular prosthesis to improve the esthetic aspect, which allowed the patient to improve his self-esteem and quality of life.

Keywords: herpes zoster; varicella-zoster, ocular defects; ocular diseases; ocular prosthesis.

Recibido: 11/05/2022

Aceptado: 20/12/2022

Introducción

El herpes zoster es el cuadro clínico constituido por manifestaciones dermatológicas (erupción vesiculosa) y neurológica (dolor). Es la expresión de la recurrencia del virus varicela-zóster (VVZ) latente en los ganglios sensitivos, su aparición se favorece por el envejecimiento y la inmunosupresión con una prevalencia que se estima en un 20 %. Esta enfermedad puede aparecer a cualquier edad, con una tendencia a aumentar con la edad, predominando en mayores de 50 años. Según su localización topográfica la más frecuente es la intercostal (50 %), seguida de la cervicobraquial (25 %), facial (15 %) y lumbosacral (10 %).⁽¹⁾

El herpes zóster afecta a la rama oftálmica del trigémino causando el herpes zóster oftálmico. La lesión ocular puede estar causada por una invasión directa de los virus o por difusión del virus desde el ganglio trigémino a través del nervio nasociliar que se ramifica para innervar la superficie del ojo y las estructuras que lo rodean, así como la piel de toda la nariz.⁽²⁾

El virus de la varicela-zoster está reportado dentro de los principales virus relacionados con queratitis. También es capaz de producir blefaritis, conjuntivitis, queratopatía neurotrópica, uveítis, episclerítis, esclerítis y necrosis aguda retiniana.^(3,4)

El objetivo es describir los pasos clínico en la confección de una prótesis ocular para el mejoramiento estético de un paciente con defecto ocular en ojo izquierdo provocado por herpes zóster.

Presentación del caso

Paciente masculino de piel blanca, de 50 años de edad que llegó a la consulta de prótesis del Policlínico Universitario Julio Antonio Mella de la provincia Camagüey remitido del Servicio de Oculoplastia del Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech, con diagnóstico de defecto ocular izquierdo por evisceración como consecuencia de infección por herpes zóster y antecedente de inmunodepresión.

Al interrogatorio planteó que fue afectado por herpes zóster en la cara que le cubría el ojo izquierdo por lo que estuvo hospitalizado, con tratamiento antiviral, antihipertensivo, analgésico, antibiótico y antidepresivos. Señaló que la pérdida ocular fue por las complicaciones que se fueron sucediendo en la medida que se agravó su cuadro clínico. Además, refirió que presentaba dolor en la zona y que se le irradiaba a la cabeza y que le preocupaba su estética.

Al examen clínico se observó: ausencia de ojo izquierdo con cavidad anoftálmica profunda hacia zona superior y discreta pérdida del fondo de saco inferior. Presencia de queloides en canto interno y externo por secuelas de la cicatrización, ausencias de pestañas y parte de los vellos de la ceja, además de párpado superior incompetentes con afectación de su longitud y forma (fig. 1).



Fig. 1- Imagen del examen clínico realizado al paciente con cavidad anoftálmica izquierda.

Como plan de tratamiento se determinó la elaboración de una prótesis ocular acrílica para mejorar el aspecto estético. Se siguieron los siguientes pasos:

1. Confección de historia clínica. Con la anamnesis y el examen físico se recogieron los datos de interés para la confección de la historia clínica de prótesis bucomaxilofacial. Se seleccionó el color y tamaño del iris, así como los detalles para la caracterización de la esclera.
2. Impresión. Se sentó al paciente con la cabeza ligeramente ladeada hacia el sitio contrario del ojo al que se le iba a tomar la impresión. Se cubrió al paciente con babero y se le explicó las maniobras a las que se iba a someter; se limpió la cavidad anoftálmica de lágrimas y secreciones; se

aplicaron dos gotas de colirio anestésico para evitarle molestias y contrarrestar la contracción muscular que se ejerce al recibir el contacto del material de impresión. Se colocó vaselina en las pestañas inferiores para evitar que quedaran atrapadas en el material de impresión y pudieran depilarse. Se seleccionó el alginato como material de impresión y se probó la cubeta ocular adecuada. Se depositó el material de impresión con jeringa, se comenzó por las zonas más retentivas hasta cubrir completamente la cavidad. Se colocó la cubeta sobre el material de impresión y se le orientó que cerrara los párpados (fig. 2).



Fig. 2 - Toma de impresión con alginato realizada al paciente con cavidad anoftálmica.

Transcurrido el tiempo de fraguado del material se retiró la impresión y se le realizó la crítica.

3. Ceroplastia. Se sentó lo más erecto posible con la cabeza recta, se limpió la cavidad anoftálmica y se aplicó dos gotas de colirio anestésico. Para la colocación del patrón de cera se le indicó al paciente que mirara hacia abajo. Se le separó el párpado superior y se introdujo el patrón de cera. Luego se lo orientó mirar hacia arriba y se separó el párpado inferior lográndose la colocación total. Ya en posición se observó la plenitud, apertura palpebral y sensibilidad del paciente.

Para la ubicación del iris se ejecutó la siguiente secuencia: con un lápiz tinta se marcó un punto en el gnación y con el pie de rey se midió la distancia hasta el centro de la pupila del ojo sano. Esta misma medida se trasladó hacia el ojo afectado, marcando en el patrón de cera la posición donde debía ser colocado el iris. Se retiró con cuidado y con una espátula número 7 caliente se marcó la huella donde debía ir el iris. Se colocó el iris y se realizó la escultura del contorno externo. Se llevó nuevamente a la cavidad ocular y, tanto en la posición de sentado como de pie, se rectificó el volumen y la posición del iris en los tres planos del espacio (fig. 3).



Fig. 3 - Ceroplastia con iris en posición realizada al paciente con cavidad anoftálmica.

4. Instalación. Se introdujo la prótesis terminada durante 10 min en un recipiente con solución de hibitane hidroalcohólico al 0,5 %, luego se lavó con agua destilada y se le colocó al paciente (fig. 4).



Fig. 4 - Instalación protésica realizada al paciente con cavidad anoftálmica.

Se entrenó al paciente en la forma de ponerse y quitarse la prótesis y se orientó sobre los aspectos que debe conocer para su higienización y se citó para la visita de control.

Discusión

El tratamiento del herpes zóster tiene como objetivo acelerar la curación de las lesiones y disminuir la duración de la neuritis aguda. *López*⁽⁴⁾ recomienda para el tratamiento del herpes oftálmico, famciclovir o valaciclovir por vía oral durante 7-10 días, analgésicos, compresas húmedas frías en la zona, antibiótico

oftálmico dos veces al día, esteroides tópicos, ciclopéjicos/midriáticos, antihipertensivos oculares y evitar los antivirales tópicos por ser inefectivos. *Revilla y Valiente*⁽⁵⁾ concluyen en su artículo que el empleo del láser de baja potencia fue muy efectivo como terapia adyuvante en pacientes con herpes zóster. *Sandoval*⁽¹⁾ plantea que para pacientes inmunocompetentes con herpes no complicado el tratamiento de elección es aciclovir 800 mg, cinco veces al día, por siete días o valaciclovir 1 g cada 8 horas, por siete días, lo cual coincide con la presentación de este caso, que fue tratado con antivirales y tenía antecedentes de inmunodepresión.

Para la rehabilitación de los diferentes defectos oculares, ya sean adquiridos o congénitos, existe una gama protésica que facilita la corrección de las secuelas con fines estético y funcional, lo cual posibilita mejorar la calidad de vida del individuo y su reincorporación a la sociedad.^(6,7,8)

Uno de los aspectos de interés de los pacientes en la rehabilitación protésica ocular es la estética, y para su logro el personal profesional que cumple esta labor debe realizar una apreciación de las características físicas del ojo de referencia presente en el paciente, siempre que esté sano. Se debe tomar medidas del volumen ocular, de la circunferencia del iris, su relación con las distancias del ángulo medio del ojo y de los párpados. Estos delicados detalles son los que llevarán a la aproximación estético-funcional de la prótesis, permitiendo la posibilidad de movilidad, del flujo lagrimal, el parpadeo y la protección frente a la posible entrada de cuerpos extraños.^(9,10)

Se concluye que la rehabilitación en este paciente permitió mejorar su estética, lo que condujo al aumento de su autoestima y de su calidad de vida.

Referencias bibliográficas

1. Sandoval Osses M. Manual del interno de medicina. Dermatología. Chile: Edición. Santiago: Editorial Pontificia Universidad Católica de Chile; 2019 [acceso

02/02/2022]. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2020/01/Manual-Dermatologia-2019.pdf>

2. Iregui P ML, Ronderos OJ. Herpes zóster oftálmico en la atención primaria un caso clínico en Villa de Leyva. Carta Comunitaria. 2016;24(140):51-6. DOI: [10.26752/ccomunitaria.v24.n140.6](https://doi.org/10.26752/ccomunitaria.v24.n140.6)

3. Díaz López MD, García Garrote F, Perales Palacios I, Pescador Martín P. Diagnóstico microbiológico de las infecciones oculares. En: Fernando García Garrote (coordinador), Cercenado Mansilla E, Cantón Moreno R (editores). Procedimientos en Microbiología Clínica. España: Editorial SEIMC; 2019 [acceso 02/02/2022]. Disponible en: <https://seimc.org/contenidos/documentoscientificos/procedimientosmicrobiologia/seimc-procedimientomicrobiologia31A.pdf>

4. López Estebaranz JL. Herpes Zóster en ancianos. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos; 11 abr. 2018 [acceso 11/02/2022]. Disponible en: http://cursoinfeccionesalcorcon.es/images/Presentaciones_2018/08%20Zoster.pdf

5. Revilla Arias H, Valiente Hernández Y. Efectividad del láser de baja potencia como terapia adyuvante en pacientes con herpes zóster. MEDISAN. 2022 [acceso 11/02/2022];26(1). Disponible en: <http://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/3955>

6. Vinent Céspedes A, Martí Pool M, Céspedes Quevedo M. Características clínicas y evolutivas de pacientes rehabilitados con prótesis oculares. MEDISAN. 2021 [acceso 06/12/2021];25(6). Disponible en: <http://www.medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/3852>

7. Seamanduras Ramírez G. Rehabilitación protésica orbitofacial: Casos [tesis]. [México]: Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Odontología; 2019 [acceso 30/11/2021]. Disponible en: <http://www.odonto.unam.mx/sites/default/files/inline-files/518003715.pdf>

8. Shetty S, Sarfaraz H, Shetty N, Ghouse Ahmed S. Fabrication of ocular prosthesis for phthisis bulbi by an innovative impression-less technique - a case report. J Evolution Med Dent Sci. 2021 [acceso 15/01/2021];10(07):450-53. Disponible en: https://jemds.com/data_pdf/Naresh%20Shetty---jemds-CR-.pdf
9. Pulga Pantoja AC, Pulga Pantoja SD. Percepción de vida, estética y autoestima en pacientes usuarios de prótesis ocular en Bogotá: 10 casos [tesis]. [Colombia, Bogotá]: Universidad Antonio Nariño. Facultad de Optometría; 2020 [acceso 30/11/2021]. Disponible en: <http://repositorio.uan.edu.co/bitstream/123456789/2335/1/2020AdrianaCamilaPulgaPantoja.pdf>
10. Martínez Álvarez B. Anoftalmía y microftalmía congénitas. Prótesis oculares [tesis]. [España]. Universidad de Sevilla. Facultad de Farmacia; 2019 [acceso 30/11/2021]. Disponible en: <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/91805/MART%C3%8DNEZ%20%C3%81LVAREZ%2C%20BEL%20C3%89N.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.